Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation

Eine experimentelle Untersuchung
zum Selbstsicherheitstraining

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von
Dirk Zimmer
aus Lindau/Bodensee

1976

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547208_0013

Ausbildung sozialer Kompetenz durch Training in Verhaltensgeschicklichkeit und Selbstregulation

Eine experimentelle Untersuchung
zum Selbstsicherheitstraining

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von
Dirk Zimmer
aus Lindau/Bodensee

1976

Tag der mündlichen Prüfung: . . . 3. JUNI 1976 . . . . . .

Dekan: Professor Dr. Ludwig Budde

Referentin: Professorin Dr. Lilly Kemmler

Korreferentin: Priv.-Doz. Dr. Amelie Schmidt-Mummendey

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Hiermit versichere ich, daß bei der Abfassung der Arbeit keine unerlaubte fremde Hilfe und nur die in der Abhandlung angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt worden sind.

Dr. Zimmer

Münster, den 10. Februar 1976

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINLEITUNG UND ALLGEMEINER ÜBERBLICK	1
2.	DER THEORETISCHE UND WISSENSCHAFTS-GESCHICHTLICHE HINTERGRUND DER ARBEIT	5
2.1.	Der Begriff der Selbstsicherheit und sein nomologisches Netz	5
2.1.1.	Einführung	5
2.1.2.	Zur Verwendung des Begriffes "Selbst-sicherheit"	7
2.2.	Die Entwicklung der Theorien und Arbeits-modelle zum Selbstsicherheitstraining	16
2.2.1.	A. Salter	16
2.2.1.1.	Salter's theoretische Position	17
2.2.1.2.	Kritik an Salter's Position	19
2.2.2.	J. Wolpe	22
2.2.2.1.	Wolpe's theoretische Grundannahmen	23
2.2.2.2.	Kritik an Wolpe's theoretischen Grund-annahmen	25
2.2.2.3.	Wolpe's therapeutische Praxis	28
2.2.2.4.	Kritik an Wolpe's Darstellung seiner therapeutischen Praxis	28
2.2.3.	Neuere Ansätze in der angloamerikanischen Literatur	29
2.2.3.1.	Selbststeuerungsprozesse und Selbstsicherheit	31
2.2.3.2.	Technische Flexibilität und multimodaler Ansatz	39
2.2.4.	Der Ansatz von Ullrich de Muynck und Ullrich	41
2.2.5.	Kritischer Ausblick	44
2.3.	Überblick über die empirische Literatur beim Selbstsicherheitstraining	51
2.3.1.	Verhaltensübung und Rollenspiel	54
2.3.2.	Operante Verstärkung	57
2.3.3.	Video-Aufzeichnung und -Rückmeldung	60
2.3.4.	Instruktion	64
2.3.5.	Modell-Lernen	68
2.3.6.	Selbstregulationstechniken	72
2.3.7.	Sonstige Ansätze	75
2.3.8.	Effektivitätsvergleiche verschiedener Bausteinkombinationen	77

		Seite
3.	BERICHT ÜBER EIN EXPERIMENT ZUR BEDEUTUNG VON SELBSTREGULATIONS-PROZESSEN BEIM SELBSTSICHERHEITS-TRAINING	82
3.1.	Ausgangsüberlegungen und Ableitung der experimentellen Hypothesen	82
3.2.	Die Planung des Experimentes: Zur Operationalisierung der Hypothesen	87
3.2.1.	Die Zielverhaltens-Klasse und die Entwicklung der Trainings-Situationen	88
3.2.2.	Die Entwicklung der standardisierten Trainingsprogramme: Struktur und Aufbau der Trainings-Sitzungen	89
3.2.2.1.	Das Verhaltenstraining (EG 1)	90
3.2.2.2.	Selbstregulationstechniken, die "unabhängige Variable"	92
3.2.2.3.	Die Entwicklung des Kombinations-trainings (EG 2)	93
3.2.2.4.	Beschreibung des geplanten standardisierten Ablaufes der Therapie-Sitzungen bei den beiden Versuchsgruppen	95
3.2.3.	Relevante Variablen, die konstant gehalten werden mußten	98
3.2.4.	Darstellung der Meßverfahren	103
3.2.4.1.	Darstellung der Effektivitätsmaße	104
3.2.4.1.1.	Angst und Unsicherheit	104
3.2.4.1.2.	Selbstbewertung und Normabhängigkeit	105
3.2.4.1.3.	Einschätzung der Veränderung der Verhaltensgeschicklichkeit	108
	1. Der Verhaltenstest	108
	2. Die Verschleierung des Testcharakters	109
	3. Exkurs 1: Kontrolle des Schwierigkeitsgrades des Spieles beim Rollenspielpartner	110
	4. Zur Organisation: Die Beurteiler der Aufzeichnungen und die "Blindheit" der Einschätzungen	111
	5. Zur Validität	113
	6. Möglichkeiten der Einschätzung von Verhaltenstests (kurzer Literaturüberblick)	113
	7. Unsere Einschätzdimensionen zu Beginn der Voruntersuchung	116

		Seite
	8. Exkurs 2: Vorarbeiten zur Überprüfung der Anwendbarkeit der Einschätzskalen	118
	9. Zur Reliabilität der Einschätzungen	119
	10. Zur Unabhängigkeit der Einschätzungen	122
3.2.4.2.	Maße für die Generalisierung	125
3.2.4.3.	Maße für die Stabilität	125
3.2.4.4.	Sonstige Maße	125
3.3.	Die Durchführung des Experimentes	127
3.3.1.	Organisatorische Rahmenbedingungen	128
3.3.2.	Die Versuchspersonen	131
3.3.3.	Die Therapeuten und das Therapeutentraining	136
3.3.4.	Überprüfung weiterer konstant zu haltender Bedingungen	140
3.3.5.	Zur Datenauswertung	142
3.4.	Darstellung der Ergebnisse	144
3.4.1.	Gewinnung der Endwerte auf den verschiedenen Meßebenen (Datentransformation)	144
3.4.2.	Zum Vergleich der Ergebnisse mit Normwerten	146
3.4.3.	Vergleich der Effektivität der beiden Trainings-Gruppen (Hypothese 1)	147
3.4.3.1.	Angst und Unsicherheit	148
3.4.3.2.	Selbstbewertung und Normabhängigkeit	149
3.4.3.3.	Verhaltensgeschicklichkeit	153
3.4.3.4.	Zusammenfassung für Hypothese 1	156
3.4.4.	Überprüfung der Stabilität des Lernfortschrittes der beiden experimentellen Gruppen (Hypothese 2)	156
3.4.4.1.	Angst und Unsicherheit	157
3.4.4.2.	Selbstbewertung und Normabhängigkeit	161
3.4.4.3.	Verhaltensgeschicklichkeit	164
3.4.4.4.	Zusammenfassung für Hypothese 2	167
3.4.5.	Überprüfung der Generalisierung des Lernfortschrittes (Hypothese 3)	167
3.4.5.1.	Zusammenfassung für Hypothese 3	170
3.4.6.	Vergleich der beiden experimentellen Gruppen mit der Warte-Kontroll-Gruppe (Hypothese 4) und mit Werten der Normal-Population	170

		Seite
3.4.6.1.	Vergleich der beiden Experimental-Gruppen mit der Kontroll-Gruppe	171
3.4.6.2.	Vergleich mit Normwerten	176
3.4.7.	Überprüfung zweier Kontrollmaße	179
4.	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	181
4.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung	182
4.2.	Diskussion von möglichen störenden Variablen	185
4.2.1.	Zusammenfassung von Kapitel 4.2.	189
4.3.	Diskussion der theoretischen Bedeutung der Befunde	189
4.3.1.	Selbstunsicherheit, Selbstsicherheits-training und Selbstregulation	189
4.3.2.	Überlegungen zur relativen Bedeutung einzelner Bausteine des Selbst-regulationstrainings	194
4.4.	Zur Bestimmung des Gültigkeitsbereiches der Ergebnisse	201
4.4.1.	Zur Repräsentativität des Experimentes	201
4.4.2.	Zur Gültigkeit der Verhaltensnormen	205
4.5.	Implikationen für die therapeutische Praxis	206
5.	FORSCHUNGSAUSBLICK	209
6.	LITERATURVERZEICHNIS	213
7.	ANHANG	

1. EINLEITUNG UND ALLGEMEINER ÜBERBLICK ÜBER DIE ARBEIT

Selbstsicherheitstraining nimmt seit etwa fünf Jahren einen immer breiteren Platz in der verhaltenstherapeutischen Literatur ein. Es ist erstaunlich, daß erst Ende der sechziger Jahre mit der systematischen, empirischen Erforschung der entsprechenden therapeutischen Verfahren, Bedingungen und Anwendungsmöglichkeiten begonnen wurde. Denn die Bedeutung eines effektiven und flexiblen Verhaltensrepertoires, das hilft, zwischenmenschliche Konflikt-Situationen erfolgreich durchstehen zu können, wurde schon frühzeitig erkannt. So nahm das Selbstsicherheitstraining in der Praxis seit jeher einen wichtigeren Platz ein, als die Literatur es vermuten ließ. Problematische theoretische Grundannahmen und methodologische Schwierigkeiten schreckten lange Zeit vor der systematischen empirischen Arbeit ab.

Inzwischen gibt es in den USA und auch in Europa mehrere Forschergruppen, die sich auf einzelne Teilbereiche des Problems spezialisiert haben. So konzentrieren sich einige auf die Modifikation einzelner Verhaltensstörungen (z.B. Kontaktangst), andere untersuchen die Anwendung der Techniken bei bestimmten Populationen (z.B. Psychotiker). Die Vergleichbarkeit der Studien leidet inzwischen unter der großen Spezialisierung, die zu unterschiedlichen Methoden und Meßinstrumenten geführt hat.

Während frühe Theoretiker Selbstunsicherheit hauptsächlich auf eine zugrunde liegende Hemmung (SALTER, 1949) oder Angst (WOLPE, 1958) zurückführten, gingen die späteren Forscher oft implizit von der Annahme

eines Verhaltensdefizites aus. Die meisten empirischen Untersuchungen kreisen daher um Verhaltenstrainingsprogramme, die eben dieses Defizit wettmachen sollen. Inzwischen muß aber als sicher angenommen werden, daß beide Sichtweisen zu einfach sind. Sowohl Angstreaktionen als auch Verhaltenslücken können eine Rolle spielen, aber innere Prozesse der Selbst-Steuerung, Selbst-Akzeptierung oder -Ablehnung, Schuldgefühle und übertriebene Normenabhängigkeit - um nur einige zu nennen - dürften ebenfalls eine entscheidende Rollen spielen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung von Prozessen der Selbst-Steuerung beim Selbstsicherheitstraining genauer (nicht endgültig) zu klären.

Zunächst wird ein Überblick über die wichtige Literatur gegeben. Nachdem die Entwicklung der Begriffe, Konzepte und Arbeitsmodelle dargestellt ist, sollen die empirischen Arbeiten zum Selbstsicherheitstraining, speziell zu den einzelnen therapeutischen Verfahren zusammengestellt und durch relevante Literatur zu diesen Verfahren aus verwandten Forschungsbereichen ergänzt werden. Daraufhin soll dargestellt werden, wie die Hypothesen abgeleitet, operationalisiert und in einen Forschungsplan übersetzt wurden, wie und unter welchen Bedingungen die Durchführung ablief und welche Ergebnisse herauskamen.

Die generelle Fragestellung läßt sich folgendermaßen formulieren: Wenn man davon ausgehen kann, daß Selbstsicherheit nicht nur auf der Verhaltensebene festmachbar ist, sondern Selbstregulationsmechanismen einschließt, kann auch vermutet werden, daß die Effektivität, Stabilität und die Generalisierung der Effekte eines Verhaltenstrainingsprogrammes erheblich

gesteigert werden können, wenn die Klienten zusätzlich in Techniken der Selbstregulation trainiert werden. Diese gegenseitige Ergänzung liegt auch nahe, wenn man bedenkt, daß sowohl Selbstregulation wie Selbstsicherheit eine teilweise Unabhängigkeit des Individuums von konfliktreichen oder aversiven Umweltkontingenzen anstreben. Die Ergebnisse sprechen eindeutig für die Beibehaltung der Hypothesen.

Aufgrund der enormen Datenmenge werden die Ergebnisse im Text jeweils nur in relevanten Ausschnitten dargestellt. Die Rohwerte (Mittelwerte und Streuungen), die Grundlage der Berechnungen waren, sowie die transformierten Endwerte sind in entsprechenden Tabellen im Anhang der Studie einzusehen. Hier sind ebenfalls die Trainingssituationen, Informationsblätter und alles für die Studie relevante Material wiedergegeben. Die Inhaltsangabe zum Anhang wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit an den Anfang des Anhangs gestellt.
Alle englischen Zitate wurden von mir übersetzt. Sofern sich also die Literaturangaben von Zitaten auf englisch-sprachige Literatur beziehen, sind die Zitate jeweils von mir übersetzt, ohne daß dies an jeder Stelle noch eigens erwähnt wurde.

Das Experiment wurde mit 71 Versuchspersonen im Sommer 1974 am Psychologischen Institut der Universität Münster durchgeführt. Der Bedarf an Räumen und an der Benutzung der Fernsehanlage war sehr groß, wenn man bedenkt, daß über 50 Versuchspersonen je sieben Sitzungen mit Video-Aufzeichnungen und -Rückmeldungen erhielten und 250 Verhaltenstests mit der Fernsehanlage aufgezeichnet und ausgewertet werden mußten. Ich möchte deshalb an dieser Stelle Frau Professorin L. KEMMLER, der Leiterin des Instituts, dafür danken,

daß sie mir die Durchführung dieses Experimentes so großzügig ermöglicht hat. Ich bin ihr weiterhin für wichtige Anregungen und entscheidende Rückmeldungen sehr zu Dank verpflichtet.

Wichtige Ideen und Informationen verdanke ich weiterhin Dr. F. H. KANFER, Dr. A. LAZARUS, Dr. G. T. WILSON, Dr. R. ULLRICH de MUYNCK, Dr. R. ULLRICH und Dr. P. FIEDLER. Nicht vergessen möchte ich auch die vielen studentischen Mitarbeiter, besonders E. KESSLER, ohne deren große Hilfe und akkurate Mitarbeit die Durchführung der Studie nicht in dieser Weise möglich gewesen wäre.

2. DER THEORETISCHE UND WISSENSCHAFTSGESCHICHTLICHE HINTERGRUND DER ARBEIT

2.1. Der Begriff der Selbstsicherheit und sein nomologisches Netz

2.1.1. Einführung

Es gibt eine Reihe von Begriffen, die sowohl zur Kategorisierung von Verhaltensweisen als auch zur generellen Bestimmung von Zielen therapeutischer Intervention verwandt werden: Mündigkeit, Selbständigkeit, Ich-Identität, Eigenständigkeit, Selbstverwirklichung, Selbstkontrolle, Selbstsicherheit u.ä.. Diese Begriffe sind oft nur schwer zu operationalisieren. Die Anwendung auf konkrete Verhaltensmuster sieht sich vor Problemen, die Typologien mit sich bringen: Nur Extreme lassen sich eindeutig fassen, vieles entzieht sich der eindeutigen Zuordnung. Es wäre aber denkbar, daß die Begriffe gerade ihrer Unbestimmtheit und Vagheit ihre Beliebtheit verdanken. Sie sind unverbindlich, oft im Jargon der Eigentlichkeit (ADORNO, 1970) formuliert und erlauben, durch ihre Verwendung therapeutische Interventionen zu rechtfertigen und gelegentlich auch Banalitäten in einem humanistischen, fortschrittlichen oder gar emanzipatorischen Licht erscheinen zu lassen.

Daß sich Verhaltenstherapeuten so intensiv um Prozesse der Selbstregulation und Selbstbehauptung kümmern und sich mit dem völlig unbehavioristischen Konstrukt "Selbst" herumschlagen (KANFER & KAROLY, 1972), hat zwar Gründe in theoretischen und therapeutischen Notwendigkeiten, schließt aber auch Momente der Selbst-Beruhigung und -Rechtfertigung

ein: Der alte Vorwurf der Manipulation durch externe Verhaltenskontrolle und das Problem des Machtgefälles in der therapeutischen Situation, die Frage also, inwieweit eine unkritische Orientierung an sozialen Normen zu einer Art Anpassungstherapie führt, setzte Verhaltenstherapeuten stärker zu als beispielsweise Gesprächspsychotherapeuten. Zwar wurde der Ball schnell zurückgespielt durch den Nachweis, daß auch in traditionellen und sich nondirektiv gebärdenden Therapieformen direkte Einflußnahme stattfinden kann. Dennoch drückte die Last der erlebten Verantwortung verhaltenspsychologisch orientierte Therapeuten stärker.

Die Konzepte der Selbstkontrolle (der Klient soll zu seinem eigenen Therapeuten werden) und der Selbstsicherheit (der Klient soll nicht nur abhängiges Objekt seiner Umweltbedingungen sein, sondern sich aktiv für ihre Veränderung einsetzen und seine Rechte voll ins Spiel bringen können) brachten eine wesentliche Erleichterung. Es ist anzunehmen, daß diese generellen Zielorientierungen auch die Funktion von Aushängeschildern übernehmen können, die grundsätzliche Kritik von vorneherein relativieren.

Damit ist keineswegs bestritten, daß dieses Forschungsinteresse durch empirische Befunde und positive praktische Erfahrungen unterstützt wird. Dies wird im weiteren deutlich werden.

Das angesprochene Problem ist nur durch die Einführung der Kategorien Selbstkontrolle und Selbstsicherheit nicht gelöst. Darin besteht die Selbsttäuschung. Die Verantwortung und die Einflußmöglichkeiten des Therapeuten sind beim Selbstsicherheitstraining und bei Selbstkontroll-Programmen genauso groß wie vorher.

Er hat starken Einfluß bei der Definition des Problems, bei der Zielbestimmung und bei der Auswahl der therapeutischen Interventionsansätze. Darauf hat unlängst auch MARSTON hingewiesen (MARSTON, 1975).

Eine andere Selbsttäuschung könnte darin bestehen, implizite Zielvorstellungen der Befreiung des Individuums von gesellschaftlichen Einflüssen anzulegen. Die völlige Unabhängigkeit des Individuums von gesellschaftlichen Einflüssen ist eine Fiktion, die Gegenüberstellung von Individuum und Gesellschaft selber bereits problematisch, weil ja das Individuum letzten Endes nur als Gesellschaftsteilnehmer konzipierbar ist. Es kann daher nicht darum gehen, das Individuum von der Gesellschaft zu befreien, sondern ihm als sozialem Wesen neue Verhaltensmuster zur Lösung von einigen zwischenmenschlichen Konflikten zu vermitteln. Hier darf nicht übersehen werden, daß sich einige soziale Konflikte kaum mit psycho- oder verhaltenstherapeutischen Methoden angehen lassen, weil die relevanten Bedingungen nicht mit psychologischen Termini und Methoden faßbar sind (ZIMMER, 1976). Auf diese Problematik soll hier nicht weiter eingegangen werden.

2.1.2. Zur Verwendung des Begriffes "Selbstsicherheit"

Die Frage nach der konkreten Bestimmung "selbstsicheren Verhaltens" machte einigen Forschern erhebliche Schwierigkeiten. Was unterscheidet "selbstsicheres" von anderem Verhalten?
Häufig findet man in der Literatur ein rein askriptives, d.h. zuordnendes Verfahren. Beispiele werden

aufgezählt, zum Beispiel: "Sie ärgern sich über eine kalte Suppe in einem Lokal und sagen: ...". WOLPE & LAZARUS (1966) liefern eine ganze Liste sozialer Konfliktsituationen um zu veranschaulichen, was gemeint ist. Dabei werden oft verschiedene Reaktionen auf die einzelnen Konflikte angeführt, um zu zeigen, was der Autor unter ängstlichem, aggressivem und eben selbstsicherem Verhalten versteht. Die Not, die zu diesem exemplifizierenden, askriptiven Verfahren führt, spiegelt die Bedeutung tatsächlicher sozialer Etikettierungsprozesse wider (KRASNER & ULLMANN, 1973). Das heißt, was als sicheres Verhaltensmuster anzusehen ist, hängt stark von der konkreten Bestimmung der Situation, von ethnischen, kulturellen und schichtspezifischen Faktoren ab. So ist bekannt, daß die Art der Äußerung und des Ausdruckes von Gefühlen und Bedürfnissen in verschiedenen Kulturkreisen (England und Italien zum Beispiel) erheblich differiert. Eine gewiße Relativierung in der Bestimmung selbstsicheren Verhaltens wird sich deshalb nicht umgehen lassen.

Betrachtet man die ungeheuere Vielfalt zwischenmenschlicher Konfliktsituationen, die entsprechend spezifische Antwortmuster verlangen, wird wahrscheinlich, daß unter dem Begriff des selbstsicheren Verhaltens sehr viele, recht unterschiedliche Verhaltensmuster zusammengefaßt sind. Man kann nicht von vorneherein annehmen, daß diese Verhaltensmuster mehr als die begriffliche Zuordnung vereint. Denn normalerweise ist Verhalten hochgradig situationsspezifisch gelernt (MISCHEL, 1968). Ein genereller Charakterzug "Selbstsicherheit" ist nicht zu erwarten und auch durch die empirische Literatur nicht gestützt.

Wie wird der Begriff des "selbstsicheren Verhaltens" in der theoretischen und empirischen Literatur verwandt, welche Verhaltensklassen wurden darunter gefaßt?

SALTER (1949) muß als der erste bezeichnet werden, der sich von lerntheoretischer (an PAWLOW orientierter) Position theoretisch und praktisch mit der Behandlung sozial ängstlicher, schüchterner Klienten auseinandersetzte. Während er neurophysiologisch einen einzigen Grundprozeß, den der Erregung, als entscheidend für sicheres Verhalten ansah, legte er auf der phänomenalen Ebene und in der Therapie die Betonung auf folgende Verhaltensklassen (die Übersetzungen werden hier von ULLRICH de MUYNCK und FORSTER, 1974, übernommen):

1. Emotionales Sprechen (feeling talk) als deutlicher Ausdruck, offenes, spontanes und echtes Äußern von allen erlebten Gefühlen;

2. Expressives Sprechen (facial talk) als deutlicher Ausdruck auf der nonverbalen Ebene und als Kongruenz von Inhalt und Ausdruck;

3. Widersprechen und angreifen (contradict and attack) als direktes und ehrliches Äußern der eigenen Meinung ohne Rücksichten zu nehmen;

4. Absichtlicher Gebrauch des Wörtchens ICH (deliberate use of the word "I") als Ausdruck der Tatsache, daß die Person voll hinter ihrer Aussage steht und sich nicht hinter indirekten Formulierungen versteckt;

5. Zustimmung bei Lob durch andere (express agreement when you are praised) als Unterlassung von Selbstabwertung und Bescheidenheit;

6. Improvisation, als spontanes Ausagieren von Gefühlen und Bedürfnissen, Tagträumen etc., Unterlassen von Vorsicht und Planung.

Es fällt auf, daß diese Zusammenstellung wichtige Verhaltensklassen enthält, aber sowohl der Anzahl als auch der logischen Ableitung nach unzulänglich und relativ willkürlich ist. Positive Gefühlsäußerung oder Zuwendung kommt beispielsweise zu kurz. Die sechs Angaben beziehen sich auch auf unterschiedliche Ebenen. "Improvisieren", "Lob akzeptieren", "Nimm das Wort ICH" sind Bestimmungen auf unterschiedlichem Abstraktionsniveau. Deshalb ist ihr Zusammenhang kaum ausmachbar. Sie sind theoretisch nicht abgeleitet und stellen wahrscheinlich ein Ergebnis der unsystematischen Praxiserfahrungen und möglicherweise persönlichen Verhaltenscharakteristika SALTERs dar. Unter Kap. 2.2.1. wird das theoretische Vorgehen von SALTER kritisch gewürdigt werden.

WOLPE (1958), der den Begriff der "assertiven" Verhaltensweisen geprägt hat - was wohl am adäquatesten mit "Selbstbehauptung" übersetzt werden kann - faßt darunter "aggressives Verhalten und andere nichtängstliche Gefühle" (Seite 130). Ähnlich schreiben WOLPE und LAZARUS (1966):

"Die häufigste Klasse assertiver Verhaltensweisen ist der Ausdruck von Ärger und Ablehnung, jedoch ist der Begriff des assertiven Verhaltens relativ weit gefaßt und umfaßt jede sozial akzeptable Form des Ausdrucks von Gefühlen und persönlichen Rechten." (Seite 39)

Diese Bestimmungen sind deswegen unbefriedigend, weil weder der Begriff der Angst noch der der sog. assertiven Reaktionen präzise gefaßt sind. Da beide durcheinander definiert und als inkompatibel angesehen werden, wird die Definition tautologisch. WOLPE scheint die Problematik nicht so wichtig zu finden. 1969 wiederholt er seine Position:

"Selbstbehauptung steht für sichtbare Äußerung aller Gefühle, die sich von Angst unterscheiden. (...) meist mehr oder weniger aggressives Verhalten." (Seite 76)

Die inhaltliche Betonung liegt immer noch sehr stark auf Ausdruck von Ärger, Ablehnung und Aggression, die Definition selber kann tautologische Momente nicht umgehen.

A. LAZARUS wandte sich später stark dagegen, Selbstsicherheitstraining als Training aggressiver, rücksichtsloser Verhaltensweisen zu fassen und anzuwenden. 1971 beschreibt er einen Fall, bei dem durch reines Durchsetz-Training zwar gesteigerte Selbstbehauptung, aber auch größere zwischenmenschliche Entfremdung erzielt wurde. Erst ein explizites Training bezüglich positiver, echter Gefühlsäußerung und helfender Anteilnahme an den Problemen der Mitmenschen führte zu einem befriedigenden Therapieergebnis.

1973, nach langjähriger praktischer Erfahrung, zweifelt LAZARUS, daß es möglich ist, ein einheitliches Konstrukt "Selbstsicherheit" anzunehmen. Aufgrund seiner klinischen Erfahrung unterscheidet er vier Hauptverhaltensklassen, die man auch weiterhin aus Gründen der Konvention unter dem Begriff des selbstsicheren ("assertiven") Verhaltens zusammenfassen könne:

- Die Fähigkeit, "nein" zu sagen;

- Die Fähigkeit, Wünsche und Forderungen zu äußern;

- Die Fähigkeit, Kontakte anzuknüpfen, Gespräche zu beginnen, aber auch zu beenden;

- Die Fähigkeit, positive und negative Gefühle offen auszudrücken.

Wie er auch schon 1971 zeigt, sind für ihn diese Fähigkeiten nicht nur auf der Verhaltensebene festzumachen, sondern umschließen kognitive Momente wie Einstellungen, Lebensphilosophien und Bewertungen.

LAZARUS bringt zum Ausdruck, daß normalerweise jedes spezifische Defizit ein eigenes Training verlange und erwartet nur geringe Generalisierung von einer Verhaltensklasse auf die anderen.

Zum ersten Mal wird hier der Begriff der "sozialen Kompetenz" eingeführt, der allerdings noch wenig präzise bestimmt ist, aber doch den Blick von einer physiologischen und individuumszentrierten Betrachtungsweise weg auf soziale Dimensionen hinwendet:

"Um in unserer Gesellschaft in zwischenmenschlichen Konflikten effektiv bestehen zu können, scheint Kompetenz in den oben beschriebenen Bereichen nötig zu sein."
(1973, Seite 697)

Ein Training aggressiver Verhaltensweisen auf frustrierende zwischenmenschliche Situationen hin hält LAZARUS

"für schwache Psychologie. Denn aggressives Verhalten bringt oft nur eine Eskalation von Gegenaggression und Verteidigungsreaktionen. (...) Ist es nicht viel günstiger, Leuten die offenkundigen und subtilen Nuancen der positiven Verstärkung beizubringen? Wenn man das Training

darauf ausrichtet, echten Gefühlsausdruck von Liebe, Hingabe, Zuwendung und Zuneigung und die spezifischen verbalen und nonverbalen Anteile von Leidenschaft, Zärtlichkeit, Wärme und anderen positiven Gefühlen beizubringen, braucht man oft weniger Zeit aufzuwenden, um den Ausdruck von Ärger und Unzufriedenheit auszuformen." (Seite 698)

In der neueren empirischen Literatur werden Begriffe wie Selbstbehauptung, Selbstsicherheit, soziale Geschicklichkeit ("social skill" ist etwas weiter gefaßt) und soziale Kompetenz weitgehend unsystematisch und synonym gebraucht. Meist wird nicht genau angegeben, was darunter zu verstehen ist. Folgende spezifischen Verhaltensklassen tauchen wiederholt in der empirischen Literatur auf:

- "Nein"-sagen oder Ablehnen unberechtigter Forderungen: McFALL und Mitarbeiter (1970 - 1973); KAZDIN (1974a); THORPE (1975).

- Fordern und Durchsetzen: FORSTER (1974).

- Kontaktangst: MELNICK (1971, 1973); REHM & MARSTON (1968); O'CONNOR (1972); CHRISTENSEN & ARKOWITZ (1974); CLARK & ARKOWITZ (1973); ARKOWITZ und Mitarbeiter (1971 - 1975); CURRAN (1975).

- Ausdruck positiver Gefühle: LEWINSOHN & SCHAFFER (1971); LIBET & LEWINSOHN (1973) (deren Hauptinteresse lag allerdings auf der Behandlung der Depression).

- Ärger-Ausdruck: LAZARUS (1966); WAGNER (1968); WOLPE (1969); GOLDSTEIN, A. J. et al. (1970).

- Spezifisches nonverbales Ausdrucks-Training: SERBER (1972); EISLER, HERSEN & AGRAS (1973); KROP, MESSINGER & REINER (1973).

- Gemischt systematisch: ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH (1971, 1972) (siehe unten Näheres).

- Gemischt unsystematisch: LAZARUS (1966); FRIEDMAN (1971); LOO (1971); RATHUS (1972, a, b, 1973); WEIMAN et al. (1972); GOLDSTEIN (1973); GOLDSTEIN, A.P., et al. (1973); EISLER et al. (1973);

Der momentan einzige Versuch, das empirische Wirrwarr zu systematisieren, stammt von ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH (1971-1976), die bei der Entwicklung eines Fragebogens zur Unsicherheit eine Faktorenanalyse mit Items aus sozialen Konfliktsituationen durchführten und neben einem G-Faktor und zwei mehr kognitiv zu interpretierenden Faktoren folgende relativ unabhängige Faktoren fanden:

- Kritik- und Fehlschlag-Angst, als Angst vor öffentlicher Blamage und Unfähigkeit, mit Kritik umzugehen.
- "Nein"-sagen.
- Angst zu fordern, Wünsche zu äußern und sich durchzusetzen.
- Kontakt-Angst.

Wie man leicht sehen kann, finden sich hier wichtige Verhaltensklassen aus der empirischen Literatur wieder. Die Erfahrungen von A. LAZARUS decken sich ebenfalls weitgehend mit diesen Ergebnissen. Nur findet man die Verhaltensklasse "offenes Äußern positiver wie negativer Gefühle" hier nicht direkt wieder. Es ist denkbar, daß das Äußern negativer Gefühle bei den Faktoren "Nein"-sagen, Wünsche äußern und Kontakt-Angst mit enthalten ist. Auch scheint die Unfähigkeit zur Äußerung positiver Gefühle ein wesentliches Moment der Kontakt-Angst zu sein.

Derartige Überlegungen machen deutlich, daß eine Faktoren-Analyse nicht die Arbeit der Auflistung wichtiger positiver Verhaltensklassen und -Segmente ersparen kann. Der Faktor Kontakt-Angst zum Beispiel enthält eine Unzahl denkbarer relevanter Verhaltensweisen, von der Gefühlsäußerung über die Gesprächs-

führung bis zur Metakommunikation. Auch die Unfähigkeit zur Kontakt-Aufnahme, zu lockeren Gesprächen, Ängste vor partnerschaftlichen Konflikt-Gesprächen und verschiedenes andere können wichtige Bestandteile des Problems sein.

In der praktischen therapeutischen Arbeit wird daher immer auch eine sorgfältige Exploration und Verhaltensanalyse mit Verhaltensbeobachtung (eventuell im Rollenspiel) die spezifischen Defizite und Lernziele bestimmen müssen. Wir können eben nicht mehr von einem einheitlichen Prozeß ausgehen.

Dennoch wird für die vielen Verhaltensmomente ein inhaltlich-logisches Band postuliert (zum Beispiel ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH, 1971), das darin besteht, daß das selbstunsichere Individuum in den jeweiligen Konfliktsituationen weniger zu seinem Recht kommt, häufiger den kürzeren zieht, sich weniger Verstärker erkämpfen kann, als es eigentlich im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten zu erwarten wäre. Dieser letzte Punkt hebt die Bedeutung einer konkreten Situationsanalyse für die Abschätzung der Lage und die Bestimmung des Lernzieles hervor. Das aber verlangt die Einbeziehung von Ansätzen, die über die Lernpsychologie hinausgehen. Zur Weiterentwicklung des Konzeptes der Selbstsicherheit müssen sozialpsychologische und soziologische Theorien sowie neuere handlungstheoretische Ansätze aufgenommen werden. Von diesem Hintergrund erklärt sich, daß inzwischen der Begriff der "sozialen Kompetenz" größere Bedeutung gewinnt (siehe hierzu auch Kapitel 2.2.5.).

2.2. Die Entwicklung der Theorien und Arbeitsmodelle zum Selbstsicherheits-Training

Der Stand der Entwicklung einer Theorie für das Selbstsicherheits-Training ist unbefriedigend, insofern der Anspruch besteht, eine spezielle Theorie für sozial sicheres Verhalten und für seine Entwicklung zu erstellen. Dies wurde aufgrund der eminenten klinischen Bedeutung von sozialer Angst und Inkompetenz von einigen Forschern angestrebt. Inzwischen ist der Anspruch von vielen reduziert, man geht davon aus, daß auch selbstsicheres Verhalten denselben Lerngesetzen wie jedes andere Verhalten unterliegt. Im folgenden soll die Problematik dargestellt, nicht aber endgültig gelöst werden.

2.2.1. A. SALTER

Wie bereits im Kapitel 2.1.2. erwähnt, war SALTER der erste, der versuchte, auf der Basis einer lerntheoretischen Orientierung sozial ängstliche Klienten zu behandeln (SALTER, 1949, 1964). Er kann deshalb mit Recht als Begründer des Selbstsicherheits-Trainings angesehen werden.

Auch wenn wir seine theoretische Position nicht mehr akzeptieren können, dürfen wir doch seine Bedeutung nicht übersehen, die darin bestand, daß er durch seine praktischen Erfolge und seine Orientierung an lernpsychologischen Modellen wichtige neue Ansätze zum Selbstsicherheits-Training anregte.

2.2.1.1. SALTERs theoretische Position

SALTER stützt sich in seinen Begriffen stark auf PAWLOWs Reflex-Lehre und meint (1964), SKINNER habe als erster PAWLOWs Begriffe auf Tierexperimente angewandt, und er, SALTER, habe sie als erster zur Konzipierung und zur Behandlung menschlicher Neurosen herangezogen.

SALTER hält allerdings nicht viel von der Wissenschaft Psychologie: "Da wir wenig über Veränderungen wissen, basteln wir uns 'psychologische' Hypothesen" (1964, Seite 23). Er sieht sein wissenschaftliches Ideal in einer Art "Sprach-Chemie" (ebenda, Seite 23) und hofft, letzten Endes alle Fragen auf der physiologischen Ebene und mit physiologischen Begriffen erklären zu können. Dies ist der Grund, weswegen er sich so stark von PAWLOWs Ideen angezogen fühlt. PAWLOW hatte eine Theorie der höheren Nerventätigkeit entwickelt und dabei "Erregung" und "Hemmung" als wesentliche Steuerungsprozesse neuronaler Abläufe im Gehirn postuliert, untersucht und wiederholt bestätigen können[1].

SALTER übernahm diese Grundbegriffe und sah in der "Korrektur der Erregungs- Hemmungs-Balance den Schlüssel zur Behandlung von psychologischen Problemen" (1949, Seite 197).

---

[1] Es ist nicht möglich, an dieser Stelle PAWLOWs Theorie der höheren Nerventätigkeit darzustellen. Hier muß auf die Grundlagen-Literatur verwiesen werden (zur Zusammenfassung des Forschungszweiges: PICKENHAIN, 1959). Wichtig ist jedoch, festzuhalten, daß PAWLOW seine Theorie in physiologischen Begriffen formulierte, aber auch auf psychologische Phänomene anwandte. Hierin sahen einige Autoren einen unzulässigen Reduktionismus (KLAUS, 1969, PICKENHAIN, 1968, ZIMMER, 1976).

Damit hat er aber einen Krankheitsbegriff eingeführt, der dem medizinischen Krankheitsbegriff ähnlich ist: Behandelt wird nicht das Symptom, das heißt, die konkrete Verhaltensstörung, sondern die zugrunde liegende, schlechte neuronale Balancierung.

Weiterhin leitet SALTER aus dieser Orientierung eine Persönlichkeitstypologie ab. Die Begriffe werden jetzt plötzlich nicht mehr auf der neuronalen, sondern phänomenologisch, auf der Verhaltensebene gebraucht. Er unterscheidet einen gehemmten und einen excitatorischen Verhaltenstyp: Die gehemmte Persönlichkeit ist nicht spontan, lebt nicht die eigenen Bedürfnisse aus, und hat Schwierigkeiten, die eigenen Gefühle auszudrücken. Der excitatorische Persönlichkeitstyp, bei dem die Erregungsprozesse über die Hemmungsprozesse dominieren, ist ehrlich und offen im Gefühlsausdruck, spontan, und in der Lage, zu improvisieren. "Der excitatorische Typ handelt, ohne zu denken, der gehemmte Typ denkt, ohne zu handeln" (1949, Seite 42).

SALTER hält die Verwendung ursprünglich physiologischer Begriffe in einem umgangssprachlich einleuchtenden Sinne für nicht problematisch und betont, daß eine exakte Definition der Begriffe Erregung und Hemmung nicht notwendig sei: Um Patienten gehemmt nennen zu können, genüge es vollkommen, zu wissen, daß irgend etwas sie an der Ausführung bestimmter Verhaltensweisen hindere (1964, Seite 29f.).

Aufgabe der Therapie soll also sein, die ungünstige Balance von Erregung und Hemmung zu korrigieren, indem die Dominanz konditionierter Hemmungsreaktionen durch excitatorische Reflexe aufgehoben werden soll.

In der konkreten Fallarbeit trainiert SALTER seine Patienten in den unter Kapitel 2.1.2. erwähnten Prinzipien:

- Emotionales Sprechen und direkte Gefühlsäußerung,
- Expressives Sprechen, Kongruenz von Inhalt und Ausdruck,
- Widersprechen und Angreifen,
- Häufiger "Ich"-Gebrauch,
- Zustimmen beim Lob durch andere,
- Improvisation und Spontaneität.

SALTER bespricht diese Regeln mit den Patienten und versucht sie zu überzeugen, diese Prinzipien in der Realität zu üben.

SALTER schätzt die eigenen Behandlungen als sehr erfolgreich ein (1949), eine kritische Überprüfung und ein Vergleich zu neueren Ansätzen sind nicht mehr möglich.

2.2.1.2. Kritik an SALTERs Position

SALTER geht ungenau mit den Beriffen um: Erregung und Hemmung werden einmal auf physiologische Prozesse bezogen, ein andermal als grundlegende psychologische Phänomene gefaßt, aber ungenügend definiert, und gelegentlich nur noch in einer vortheoretischen, umgangssprachlichen Art verwandt (siehe oben). Dies ist vermutlich auch der Grund dafür, daß es bis jetzt keine Versuche gibt, den Zusammenhang zwischen physiologischen Erregungs- und Hemmungs-Prozessen einerseits und SALTERs Verhaltenstypologie andererseits experimentell zu klären (SCHINDLER, 1975).

So zieht sich ein grundlegender Widerspruch durch SALTERs Arbeiten: Einerseits möchte er seine Theorie ausschließlich in physiologischen Begriffen formulieren, andererseits konfrontiert ihn die therapeutische Praxis mit Problemen, die sich zunächst nur mit Verhaltens- und Erlebens-Begriffen beschreiben lassen. Nun ist die Frage des Verhältnisses von physiologischen und psychologischen Daten und Begriffen auch heute noch nicht geklärt (PICKENHAIN, 1968; ZIMMER, 1976). Aber SALTER ist nicht in der Lage, das Problem zu akzeptieren. Dies führt dann zu dem uneinheitlichen Gebrauch der Begriffe.

Nach unserer heutigen Einschätzung ist SALTERs Typologie zu grob, um die verschiedenen normalen und neurotischen Phänomene einzuordnen. Es scheint wesentlich fruchtbarer, von einer Kategorisierung abzusehen, die doch nur eine Etikettierung sozial ineffektiver Verhaltensmuster wäre, und statt dessen eine individuelle, vielschichtige Problemanalyse vorzunehmen (SCHULTE, 1974).

Auch SALTERs Therapie ist nicht symptomzentriert, er behandelt die schlechte Balance von Erregung und Hemmung. Auch in der Praxis sind nur begrenzte Variationsmöglichkeiten denkbar. Daher ist der Ansatz für unsere heutigen Ansprüche zuwenig differenziert, um den unterschiedlichen Klienten mit ihren unterschiedlichen Problemen gerecht zu werden.

WOLPE (1958) machte SALTER den Vorwurf, mit seiner Theorie in Widerspruch zu empirischen Ergebnissen zu stehen: Patienten würden in ihrem Verhalten vornehmlich durch Angstreaktionen gehemmt und blockiert, Angst sei aber physiologisch gerade auf übermäßige Erregungsprozesse, nicht aber auf Hemmungsprozesse zurückzuführen.

1964 akzeptiert SALTER die Kritik zu Beginn seines Artikels, kann sie aber theoretisch nicht verarbeiten und versucht daraufhin, andere, unzusammenhängende Modelle und Begriffe auf seine Arbeit anzuwenden, so als ob die Ähnlichkeit von Begriffen und Vorgehensweisen irgend etwas rechtfertigen könnte. In diesem Zusammenhang zitiert er GANTT (1953) und LURIA (1961). Da diese Versuche zu keiner theoretischen oder praktischen Weiterentwicklung geführt haben, wollen wir hier nicht weiter darüber berichten.

An anderer Stelle (1964) führt er soziale Angst nicht mehr auf generelle Hemmung, sondern speziell auf die Hemmung des Orientierungsreflexes zurück, der die Angst vor der Zuwendung zu neuen Reizen fassen soll. Es ist jedoch die Frage, ob Hochängstliche gerade neue Reize meiden, oder ob es nicht auch gerade spezifische, negative Erfahrungen sind - also Bekanntes, aber evtl. Ungeprüftes - die positivem Lernen im Weg stehen.

SALTERs theoretische Überlegungen blieben folgenlos und wurden weder theoretisch weitergeführt, noch in experimentellen Untersuchungen überprüft.

Zum Schluß soll noch kurz auf die impliziten Zielvorstellungen eingegangen werden, die SALTER seinen Patienten in der praktischen Arbeit vermittelt: Sie ähneln in vieler Hinsicht den Vorstellungen einiger Gestalttherapeuten und Sensitivity-Trainer: Betont wird die Bedeutung des "Hier und Jetzt", der absoluten Spontaneität, der Ablehnung intellektuellen Planens und des offenen Gefühlsausdruckes. Selbst wenn hier ein rationaler Kern auszumachen ist, der gegen Gefühlsverkümmerung und Rationalisierung von Vermeidungstendenzen Stellung bezieht, muß doch die

anti-intellektuelle Absolutsetzung der Gefühls-Offenheit kritisiert werden. Hier kommt bisweilen eine anti-autoritäre bis asoziale Haltung zum Ausdruck, wie sie von BACK (1973) an der Bewegung der Encounter-Gruppen kritisiert wird. Einige prägnante therapeutische Instruktionen (1949) sollen kurz zitiert werden:

"Hör auf zu planen. Denk nur an die nächste Minute und die ist schon 59 sek. zu weit in der Zukunft." (Seite 100)

oder:

"Denk nicht, bevor Du sprichst, sprich, bevor Du denkst. Sei nicht empfindlich, sei gefühlsbetont. Benimm Dich, wie wenn Du dauernd halb betrunken wärst." (Seite 101)

Trotz dieser deutlichen Kritik darf die Bedeutung SALTERs nicht übersehen werden. Durch seine praktischen Erfolge und seine lerntheoretische Orientierung ermutigte er einige Jahre später wichtige neue Ansätze zum Selbstsicherheitstraining.

2.2.2. J. WOLPE

1958 führt WOLPE den Begriff des "assertive trainings", des Selbstbehauptungstrainings ein. Sein Modell und seinen praktischen Ansatz hat er weitgehend beibehalten. Deswegen wird an dieser Stelle zusammenfassend über ihn berichtet, wobei das Buch von WOLPE & LAZARUS (1966) ebenfalls in diesem Kontext mit analysiert wird, weil es im wesentlichen WOLPEs Annahmen wiedergibt.

Wie wir in Kapitel 2.1.2. gesehen haben, faßt auch WOLPE sichere Verhaltensweisen zu einem Phänomen, dem der assertiven Reaktion, zusammen, worunter er

Ärgerausdruck, Aggression, sowie alle nicht ängstlichen Gefühle versteht. Sie sollen mit Angst inkompatibel sein. Zum Verständnis des Zusammenhangs ist es nötig, WOLPEs Grundansatz in wichtigen Teilen kurz darzustellen.

2.2.2.1. WOLPEs theoretische Grundannahmen

"Angst" ist WOLPEs zentraler Begriff:

"Neurotisches Verhalten ist jedes andauernde, unangepaßte Verhalten, das von einem physiologisch gesunden Organismus gelernt wurde. (...) Angst ist gewöhnlich das entscheidende, zentrale Merkmal eines derartigen Verhaltens und ist ohne Ausnahme bei der Entstehung beteiligt."
(1958, Seite 33, Hervorhebung D.Z.)

"Unter Angst verstehen wir ein Muster vegetativ-physiologischer Reaktionen, das Teil des Reaktionsrepertoires des Organismus auf schädlich-aversive Stimulation darstellt."
(1958, Seite 34)

Das heißt, durch klassische Konditionierung werden ursprünglich neutrale Reize zu konditionierten Auslösern von Angst- und Panik-Reaktionen.

Aufrechterhaltung der Angstreaktion: WOLPE nimmt an, daß durch den konditionierten Reiz ein "Angsttrieb" (physiologischer Erregungsanstieg) aufgebaut wird, der durch Flucht bzw. Vermeidung wieder auf ein erträgliches Maß reduziert wird. Er vertritt explizit die These, daß Angstverhalten durch peripher-physiologische Mediatoren gelernt, gesteuert und aufrechterhalten wird.

Löschung der Angst: Die letzte und wichtigste Grundannahme WOLPEs besagt, daß Angstreaktionen nicht gelöscht werden können (durch wiederholte Darbietung

des konditionierten Reizes ohne Bekräftigung durch den unkonditionierten Reiz, denn der Phobiker meidet ja den CS, nicht den UCS):

"Löschung ist durchgängig nicht effektiv, wenn es sich um Angstreaktionen handelt, die gelöscht werden müssen."
(1958, Seite 71)

Um mit der Angst fertig zu werden, mußte er daher ein anderes Prinzip finden, das der "reziproken Hemmung oder Gegenkonditionierung". Die Begriffe sind leider unpräzise gebraucht. Der Leser weiß nie genau, ob es sich um deskriptive Begriffe für ein Phänomen, theoretische Modell-Begriffe oder Namen für ein therapeutisches Prinzip handelt. Sie können bei WOLPE alle drei Bedeutungen haben. Theoretisch ist damit folgendes gemeint:

"Wenn die angsthemmende Reaktion in Gegenwart angsterzeugender Reize hervorgerufen werden kann, schwächt sie die Verknüpfung zwischen diesen Reizen und der Angst."
(1972, Seite 29)

Bei seinen neurotischen Katzen konnte er "Fressen" einsetzen, beim Menschen empfiehlt er bekanntermaßen den Einsatz von Entspannung, den sog. Assertiv-Reaktionen oder sexueller Erregung.

Selbstbehauptung: WOLPE setzte sie praktisch und theoretisch hauptsächlich mit Ärger-Ausdruck gleich und meinte die Grundlagen-Literatur dahingehend interpretieren zu können, daß Angst und Ärger physiologisch inkompatibel seien.

2.2.2.2. Kritik an WOLPEs theoretischen Grundannahmen

Indem WOLPE jedes sogenannte neurotische Fehlverhalten auf eine zugrunde liegende Angst zurückführt, arbeitet er implizit mit einem quasi-medizinischen Krankheitsmodell: Nicht die konkrete Symptomatik sondern die zugrunde liegende Angst wird behandelt. Es muß darauf hingewiesen werden, daß die gesamte spätere Angstforschung nahelegt, daß Angst als Konstrukt nicht nur in physiologischen Reaktionen festmachbar, sondern auch auf der motorischen und der verbal-subjektiven Ebene zu untersuchen ist (GRAY, 1971; LANG, 1971; BIRBAUMER, 1973; u.a.). Es ist nicht einmal gelungen, interindividuell oder auch nur intraindividuell konsistente Reaktionsmuster physiologischer Art auf angstauslösende Stimuli zu finden (LANG, 1971). Inzwischen nimmt man an, daß es sich um drei unabhängige aber interagierende Systeme handelt, deren Interkorrelationen oft erschreckend niedrig sind, so daß eben partielle Unabhängigkeit angenommen werden muß.

Die zweite Annahme WOLPEs, die besagt, daß Angstverhalten über mediierende Prozesse im autonomen Nervensystem gelernt, gesteuert und aufrechterhalten werden, muß ebenfalls stark in Zweifel gezogen werden, da sie in Widerspruch zu empirischen Untersuchungen steht:

- WYNNE & SOLOMON (1955) trennten bei Hunden den sympathischen Teil des vegetativen Nervensystems ab und konnten dennoch Angst- bzw. Vermeidungsverhalten aufbauen.
- BLACK (1959) konnte nachweisen, daß peripherphysiologische Erregung zur Auslösung des Vermeidungsverhaltens unnötig ist.

- NOTTERMANN, J.M., SCHOENFELD, W.N. & BERSCH, P.J. (1952) u.a. zeigten, daß Vermeidungsverhalten auch dann noch auftritt, wenn die vegetative Erregung bereits gelöscht ist.

Viele andere Studien belegen ebenfalls die weitgehende Unabhängigkeit der drei Systeme Verhalten, Physiologie und Kognition oder legen eine mehr zentrale Steuerung nahe (BANDURA, 1969; LANG, 1971; BIRBAUMER, 1973).

Die Annahme, daß Löschung von Angstreaktionen durch Darbietung des konditionierten, angstauslösenden Reizes unmöglich sei, bildete die Grundlage für die Entwicklung des Konzeptes der Gegenkonditionierung, mit dem auch Selbstsicherheitstraining erfaßt werden soll. Es muß festgehalten werden, daß diese Annahme den Ergebnissen der späteren Angstforschung widerspricht.

Es ist hier nicht der Platz, die umfangreiche Literatur zur Löschung und zur Habituation zu referieren (siehe BIRBAUMER, 1973; ULLRICH & ULLRICH de MUYNCK, 1974). Löschung ist möglich, aber WOLPE glaubte das nicht aufgrund methodisch problematischer Katzenstudien (1958).

Die Annahme der physiologischen Inkompatibilität zwischen Angst und Ärger stellte für WOLPE die Basis dar, um das Prinzip der Gegenkonditionierung auch auf das Selbstsicherheitstraining anwenden zu können. Die empirische Literatur deutet tatsächlich auf unterschiedliche physiologische Prozesse bei Angst und Ärger hin (zur Übersicht: LANG, 1971), kann aber nicht zwingend eindeutig im Sinne WOLPEs interpretiert werden. Das liegt einmal daran, daß auch bei Ärgerreaktionen die Erregung sehr hoch sein kann,

zum anderen, daß bei Ärger wie Angst die Korrelationen zwischen der subjektiven Erlebnisebene und den (nicht-konsistenten) physiologischen Korrelaten oft viel zu niedrig sind, um überhaupt konsistente Erklärungen ableiten zu können.

WOLPE sieht den Wirkmechanismus des Selbstbehauptungstrainings hauptsächlich in der Gegenkonditionierung, also der reziproken Hemmung der Angst. Er konzidiert aber auch, daß operante Lernprozesse ablaufen, wenn der Klient Konflikte erfolgreich meistert. Das Verhältnis der beiden Prinzipien zueinander kann er nicht klären und versucht dies erst gar nicht.

Auch wenn WOLPEs theoretische Annahmen heute keine breite Akzeptierung mehr finden, darf doch WOLPEs große Bedeutung für die Entwicklung der Verhaltenstherapie nicht übersehen werden. Seine empirische Orientierung, die Bedeutung der Fragestellungen, sowie seine praktischen Erfolge trugen wesentlich zur Popularität der Verhaltenstherapie bei und stimulierten wichtige Untersuchungen im Bereich der Angstforschung und -behandlung.

WOLPEs praktische Erfolge mit der Desensibilisierung und mit dem Selbstbehauptungstraining ließen sich auch ohne seine problematischen Annahmen erklären, wenn man Habituationsprozesse auf der physiologischen Ebene, operante Verhaltensformungsprozesse auf der Verhaltensebene und kognitive Umstrukturierungsprozesse auf der Erlebensebene annimmt.

2.2.2.3. WOLPEs therapeutische Praxis

Die hoch effektiven Techniken der Desensibilisierung und des Selbstbehauptungstrainings wurden also aufgrund einer falschen Theorie entwickelt. Wie sieht nun die Praxis aus?

Folgende Techniken enthält das Selbstbehauptungstraining:

- Ermutigung durch den Therapeuten,
- Verhaltensübung (1958: behavioristisches Psychodrama, bewußt erst von LAZARUS, 1963 und 1966, verwandt),
- "Lebenskunst", das heißt, WOLPE zitiert POTTER (1971, u.a.), einen amerikanischen Komiker, der Tricks erzählt, wie man seine Mitmenschen auf's Kreuz legt.

2.2.2.4. Kritik an WOLPEs Darstellung seiner therapeutischen Praxis

Hört man Berichte von seiner Praxis und betrachtet man seine Falldarstellungen, so wird deutlich, daß mit diesen von ihm angeführten Komponenten seine Praxis nicht hinreichend beschrieben wird.

WOLPE hat einen sehr persönlichen, freundlich-warmen Stil (mündliche Mitteilung von A. LAZARUS, 1973) und verwendet sehr viel "gutes Zureden", Suggestion und Instruktion. Er führt zu Beginn der Therapie seine Klienten in sein therapeutisches Denkmodell ein:

"Der Therapeut schult den Patienten in der Erkenntnis, daß seine unliebsamen Reaktionen durch unwillkürliche emotionale Reaktionen bedingt sind."
(1972, Seite 71)

So befreit WOLPE seinen Klienten durch eine kognitive Umstrukturierung von der moralischen Bürde, an seinen Problemen selbst schuld zu sein.

Außerdem trainiert und übt WOLPE soziale Strategien (POTTER-Regeln), übt und gibt Rückmeldungen (operantes Konditionieren).

Psychoanalytiker und klinische Psychologen, die WOLPE bei seiner Praxis zugesehen haben, bestätigen diese Ausführungen und betonen vor allem das hohe Maß an Instruktion und Suggestion (LOCKE, 1971; und KLEIN, DITTMANN, PARLOFF & GILL, 1969). So bietet WOLPE dem Klienten seine - wie er betont - hervorragenden wissenschaftlichen Techniken an.

Dies alles mag einen guten Therapeuten ausmachen. Ärgerlich ist, daß WOLPE anscheinend die Kluft zwischen seiner Praxis und seiner Theorie nicht besonders stört. Er hat sich in den letzten Jahren auch nicht profund über die umfangreiche theoretische und empirische Literatur geäußert, die zu seinen Annahmen in Widerspruch steht (siehe zum Beispiel WOLPE, 1973).

2.2.3. Neuere Ansätze in der angloamerikanischen Literatur

WOLPE stimulierte viele Untersuchungen im Bereich der Angstforschung. Darin liegt sein großes Verdienst. Die meisten Studien kümmerten sich jedoch um die Technik der Desensibilisierung. Erst zu Beginn der siebziger Jahre begann ein stärkeres Interesse für das Selbstsicherheitstraining.

Es war nicht mehr haltbar, das Konstrukt Selbstsicherheit als einheitliche Entität aufrechtzuerhalten, weder als Charakterzug, noch als durchgängiges Verhaltenscharakteristikum. Es faßte zuviele Verhaltensmuster für zuviele unterschiedliche Konfliktsituationen zusammen.

So ist es erklärlich, daß die einzelnen Forschergruppen sich auf genau bestimmbare Problembereiche warfen und dort mit systematischen Untersuchungen begannen. McFALL und Mitarbeiter brachten zum Beispiel Studenten das Nein-sagen bei, ARKOWITZ und Mitarbeiter Studenten die Fähigkeit, heterosexuelle Kontakte anzuknüpfen. Unausgesprochen sehen sie den Unterschied zwischen selbstsicherem und jedem anderen angepaßten Verhalten nur in Etikettierungsprozessen, die durch die jeweiligen situativen und sozialen Bedingungen bestimmt werden. Es gilt, die Prinzipien des Lernens auf diese speziellen Verhaltensklassen anzuwenden und eine optimale Therapie zu konstruieren.

Manche Forschergruppen waren nicht so sehr an einer bestimmten Zielverhaltensklasse, sondern vielmehr an einer bestimmten Zielpopulation interessiert (zum Beispiel Partnerschaften, Studenten, Psychotiker) und untersuchten nun Techniken für spezielle Probleme (zum Beispiel EISLER, HERSEN und Mitarbeiter) oder aber stellten gemischte Selbstbehauptungsprogramme zusammen (zum Beispiel GOLDSTEIN und Mitarbeiter für hospitalisierte Klienten).

Selbstsicheres Verhalten als qualitative Kategorie ist innerhalb einer quantitativ denkenden, behavioristischen Terminologie problematisch, aber wohl nötig (I. GLEISS, 1974) und als Terminus der Zielorientie-

rung eigentlich weitgehend akzeptiert. Gemeint ist ein Verhalten, das optimal geeignet ist, dem Individuum seine notwendigen Verstärker zu verschaffen und dabei - so betont LAZARUS mit Recht - Interessen und Bedürfnisse der Bezugspartner berücksichtigt.

Während in der frühen Verhaltenstherapie meist "zugrunde liegende Ängste" behandelt wurden, orientieren sich die neueren Ansätze implizit am Modell des "Verhaltensdefizites". Aber wie deutlich werden wird, ist auch die Annahme, Selbstunsicherheit ließe sich auf Verhaltenslücken reduzieren, empirisch nicht gesichert. Auch wenn Verhaltenslücken ein wesentlicher Faktor sind, spielen für die Genese und Aufrechterhaltung von sozialer Unsicherheit sicher andere Komponenten ebenfalls eine entscheidende Rolle.

2.2.3.1. Selbststeuerungsprozesse und Selbstsicherheit

Ausgangsüberlegungen: Zu Beginn werden einige neuere Untersuchungen kurz dargestellt, die darauf hindeuten, daß Selbststeuerungsprozesse bei sozial Ängstlichen ein wichtiger Faktor bei der Aufrechterhaltung des Problemes sind. Anschließend wollen wir lerntheoretisch orientierte Ansätze und Modelle zur Selbstregulation und Selbststeuerung diskutieren, die zur Erklärung der Phänomene und zur Gewinnung therapeutischer Prinzipien geeignet erscheinen. Die in einem späteren Kapitel folgenden Überlegungen zur Ableitung der Hypothesen für das darzustellende Experiment werden sich deutlich auf diese Modelle beziehen.

Mehrere Forschergruppen untersuchten Meßmethoden für Selbstunsicherheit bei speziellen Verhaltensklassen wie "Kontaktangst" und fanden keinerlei differenzierende Verhaltensmaße. Hier besteht verblüffende Über-

einstimmung. BORKOVEC, T.D., STONE, N.M., O'BRIEN, G.T. & KALOUPEK, D.G. (1973); GLASGOW & ARKOWITZ (1975) und SCHWARTZ, R. & GOTTMAN, J. (1974, nach MEICHENBAUM, 1975) berichten, daß es nicht möglich war, typische Verhaltensdefizite auszumachen, mit denen zwischen sozial hoch- und niedrigängstlichen Studenten diskriminiert werden konnte. ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, E., McGOVERN, K. & HINES, P. (1975) konnten nur ein qualitatives Maß ausmachen, jedoch keine quantitativen, GLASGOW und ARKOWITZ (1975) fanden bei weiblichen nicht aber bei männlichen Versuchspersonen Verhaltensdefizite. Sozial sichere und unsichere Versuchspersonen ließen sich besser anhand von Selbsteinschätzungen oder Selbstbewertungen unterscheiden und trennen. Unsichere schätzten ihre Leistung wesentlich schlechter ein.

Diese Ergebnisse können nur vorläufigen Charakter haben. Zum einen muß zu denken geben, daß sich die Versuchspersonen aus Studenten rekrutierten. Die Verwendung von Angehörigen anderer Schicht- (oder auch Alters-) Gruppen hätte möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt. Zum anderen sind die vorliegenden Verfahren zur quantitativen und qualitativen Einschätzung von Verhaltensstichproben in einem sehr frühen Entwicklungsstadium und müssen weiter verbessert werden. Darauf werden wir zurückkommen müssen.

Die Bedeutung ungünstiger Selbststeuerungsprozesse für das Problem der sozialen Unsicherheit zeigt sich aber auch recht konsistent in anderen Studien. GOTTMAN, GRONSO & RASMUSSEN (1974) fanden keine differenzierenden Verhaltensmaße, wenn alle Versuchspersonen einen Konflikt im Rollenspiel ohne Druck durchspielen mußten, aber deutliche Unterschiede,

wenn äußerer sozialer Druck eingeführt wurde. Dies spricht dafür, daß ein vorhandenes Verhaltensrepertoire durch interne Prozesse blockiert wurde.

CLARK & ARKOWITZ (1973) fanden, daß sozial Hochängstliche positive Aspekte ihres Rollenspieles unter- und negative Aspekte überbewerteten.

O'BANION & ARKOWITZ (1975) setzten hoch- und wenig ängstliche weibliche Studentinnen einer Interaktion mit ihnen unbekannten männlichen Partnern aus. Alle erhielten anschließend von diesen Partnern die gleiche emotionale Rückmeldung. Unabhängig vom Erfolg der Interaktion erinnerten Hochängstliche die positiven Anteile der Rückmeldung viel schlechter, die negativen aber viel besser als die normale Vergleichsgruppe.

Aus den zitierten Studien kann nicht geschlossen werden, daß Verhaltensdefizite keine Rolle spielen. Es muß aber doch festgehalten werden, daß Verhaltensschwierigkeiten nicht immer auf Verhaltensdefizite zurückzuführen sind und daß hier innere, selbstregulative Prozesse eine wichtige Steuerungsfunktion haben.

Gleichlaufende Hypothesen bezüglich Selbstverstärkung und Selbstkritik sind für depressive Klienten gemacht worden (BECK, 1963; MARSTON, 1964, 1965; JACKSON, 1972; LAZARUS, 1974a).

So kommen kognitive Variablen wieder in die Diskussion, die vermutlich bei der Praxis immer schon eine Rolle gespielt haben (siehe Kapitel 2.2.2.4.), in der Theorie aber unterbewertet worden waren (hierzu: MILLER, GALANTER & PRIBRAM, 1960, 1973; BECK, 1970b; ELLIS, 1969, 1972; MEICHENBAUM, 1972-1975; ZIMMER, 1976).

Lerntheoretische Ansätze zur Selbstregulation:
Im folgenden werden wir wichtige Teile der umfangreichen Literatur zur Selbstregulation von Verhalten heranziehen. Empirische Arbeiten zur Anwendung von Selbstregulationstechniken im Selbstsicherheitstraining werden in einem späteren Kapitel (2.3.6.) besprochen werden.

Schon sehr früh hatten KANFER und MARSTON (1963a) und MARSTON (1965) auf die Bedeutung von Selbstregulationsmechanismen hingewiesen. In einem Überblicksartikel betonen MARSTON und FELDMAN (1972), daß das Phänomen der Selbstregulation ohne die Annahme verdeckter, innerer Prozesse unfaßbar bleiben muß. Unter dem Oberbegriff Selbstregulation werden mehrere Unterprozesse zusammengefaßt:

Wenn man von KANFERs Modell der Selbstregulation ausgeht (KANFER & KAROLY, 1971, 1972), können allgemein die Prozesse der Selbstwahrnehmung oder -beobachtung, der Selbstbewertung durch Vergleich von Anforderung (Kriterium) und Leistung, und der Selbstverstärkung (oder -bestrafung) unterschieden werden.

Selbstbeobachtung oder die Fähigkeit zur relativ objektiven Selbstwahrnehmung ist die Grundlage für Selbstregulation. Bei Trainingsprogrammen muß diese Fähigkeit zur Selbstbeobachtung oft erst geschult werden, da Klienten meist nur selektiv besonders negative oder positive Aspekte wahrnehmen und sich über viele wesentliche Details wie Quantität, Intensität, Situationsgebundenheit völlig unklar sind.

Schulung in Selbstbeobachtung kann bereits Verhalten ändern. Es ist aber anzunehmen, daß nicht die Selbstbeobachtung an sich Verhalten ändert, sondern daß hier auch Selbstverstärkungsprozesse angeregt werden

(zur Übersicht der umfangreichen Literatur zu dieser Frage: KAZDIN, 1974; MAHONEY, WADE & MOURA, 1973). Denn die meisten Menschen werden wohl das an sich selbst Beobachtete unmittelbar bewerten, indem sie es mit einem Kriterium vergleichen, das die Ansprüche widerspiegelt, denen das Verhalten genügen muß, damit sie mit sich selbst zufrieden sein können.

Dieses Kriterium scheint eine zentrale Bedeutung für Selbststeuerungsprozesse zu haben: Es hat Einfluß sowohl auf die Selbstbeobachtung als auch auf die Selbstverstärkung. KANFER (1975b) berichtet über noch nicht veröffentlichte Ergebnisse von J. GREINER und R. STATES, die beim Training von Arbeitsverhalten bei Studenten feststellten, daß "Kriterium-setzen" die entscheidende Variable war, das heißt: Die Gruppe, die ein Kriterium plus Anleitung zur Selbstverstärkung bekam, war allen anderen Gruppen überlegen, auch derjenigen, die Training in Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung bekommen hatte. Die akademischen Leistungen verbesserten sich nur in den Gruppen signifikant, die ein Kriterium für Selbstverstärkung erhalten hatten.

Es ist anzunehmen, daß die Änderung innerer Kriterien auch beim Aufrechterhalten und Ändern von Sozialverhalten eine wichtige Rolle spielt.

Damit eine Person beginnt, sich selbst kontrollierende Verhaltensweisen zu zeigen, muß sie zunächst einen Entschluß fassen (KANFER & KAROLY, 1972). Wenn also das beobachtete Verhalten den eigenen Ansprüchen gar nicht genügt, kann die negative Selbstbewertung zu einer Entscheidung führen ("Ich muß etwas dagegen unternehmen"). Dies kann zum Beispiel bedeuten, einen Therapeuten aufzusuchen, wenn eigene Versuche ohne Erfolg bleiben.

Die Rolle der Selbstverstärkung als verhaltensmotivierende Kraft ist bei Tieren und Menschen ebenfalls überzeugend nachgewiesen (BANDURA & MAHONEY, 1974; MAHONEY, BANDURA, DIRKS & WRIGHT, 1974; BANDURA, 1974; KANFER, 1971; KANFER & DUERFELDT, 1967,a, b, 1968; DORSEY, KANFER & DUERFELDT, 1971; HAYNES & KANFER, 1971; BELLACK, 1972; JACKSON, 1972; MOLINEUX & ATTHOWE, 1971; HARTIG, 1973).

Diese Prozesse können also verhaltenssteuernde Funktionen haben. Sie sind selber aber aller Wahrscheinlichkeit durch extern gesteuerte Lernprozesse erworben worden (KANFER & KAROLY, 1972; KANFER, BRADLEY & MARSTON, 1962; KANFER, DUERFELDT, LE PAGE, 1969; KANFER & MARSTON, 1963b). Eine besondere Bedeutung hat hier nachweislich das Lernen am Modell. So fanden BANDURA & KUPERS (1964), daß Art und Intensität der Selbstverstärkung bei Kindern durch Beobachtungslernen wesentlich beeinflußt wurden. Das Experiment von BANDURA & WHALEN (1966) bestätigt diese Hypothese ebenfalls und zeigt den Einfluß von Modellen sogar relativ unabhängig von der bisherigen Erfolgs- oder Mißerfolgsgeschichte des Kindes (siehe als Überblick BANDURA, 1971, b, c).

Menschen können also ihr Verhalten selbständig aufrechterhalten, ändern und so eigene Ziele verfolgen. Dies hat entscheidende Bedeutung für das Selbstverständnis der Verhaltenstherapeuten (BANDURA, 1974). Es bedeutet nämlich, daß Verhalten durch innere Prozesse gesteuert und partiell von Umweltreizen unabhängig sein kann.

KANFER und MARSTON sahen in der Modifikation von Selbstverstärkungsmustern eine wichtige Grundlage eines "Selbstvertrauens-Trainings" (self-confidence-training). MARSTON (1965) und BANDURA (1969; 1971a;

1974) unterstreichen diesen Punkt und weisen auf die Bedeutung der Selbstverstärkung für das Selbstkonzept hin (Selbstakzeptierung als Selbstbewertung und Selbstverstärkung, siehe auch KANFER & KAROLY, 1972).

Während KANFER & KAROLY die Bedeutung mehr auf Selbstverpflichtung, -beobachtung, -bewertung und -verstärkung legen, betont MEICHENBAUM (1972-1975) in Anlehnung an ELLIS (1962, 1969, 1972) die Bedeutung interpretativer Selbstverbalisationen. Diese Selbstverbalisationen können als interne diskriminative Stimuli ebenfalls Verhalten steuern und somit als Selbstinstruktionen ein wichtiges Moment im Rahmen der Selbstregulation spielen. Grundlagenexperimente mit Kindern (LURIA, 1961; JARVIS, 1968; BEM, 1967; MEICHENBAUM & GOODMAN, 1969) und Studien zur Angstbehandlung (KARST & TREXLER, 1970; MEICHENBAUM, 1972; MEICHENBAUM, GILMORE & Al FEDORAVICUS, 1971), sowie Therapieexperimente mit Kindern (MEICHENBAUM & GOODMAN, 1971; ROBIN, ARMAL & O'LEARY, 1975) bestätigen diese Vermutungen.

Im deutschsprachigen Raum wurde die Bedeutung derartiger Selbstverbalisationen von QUITMANN, TAUSCH & TAUSCH (1974) nachgewiesen, die spezifische Zusammenhänge von Selbstermutigung und Selbstentmutigung zu Psychoneurotizismus und zum erlittenen Erziehungsstil fanden.

Die bisherigen Ausführungen legen nahe (so KANFER, 1974, mündliche Mitteilung), daß man unter dem Begriff "Selbstsicherheit", wie er umgangssprachlich gebraucht werde, zwei Phänomene unterscheiden könne: Selbstsicherheit

- als Selbstbehauptung, das heißt, als effektives Verhalten,

- und als Selbstzufriedenheit, das heißt, als sicheres Gefühl, ein Verhalten zeigen zu können, mit dem man selber zufrieden sein kann.

Methodisches Schwierigkeiten bestehen zum einen in der Schwierigkeit der direkten Untersuchbarkeit (NATSOULAS, 1970; NAWAS, 1970, SIMKINS, 1971), zum anderen darin, daß wir es mit mehreren, qualitativ und funktional unterschiedlichen Prozessen zu tun haben, die nur schwer auseinandergehalten werden können.

Individuen verfügen über eine Reihe normativer Kriterien zur Beurteilung eigenen Verhaltens in verschiedenen Lebensbereichen, sowie zur Einschätzung des Verhaltens anderer Personen. Diese Prinzipien können mehr oder weniger konkret sein (Verhaltensregeln oder Lebensphilosophien). Es muß angenommen werden, daß diese eigenen Standards mindestens ebensolche verhaltenssteuernde Kraft haben, wie externe Konsequenzen:

"Äußere Konsequenzen üben dann den größten Einfluß auf das Verhalten aus, wenn sie mit den selbstproduzierten Bewertungen übereinstimmen."
(BANDURA, 1974, Seite 861)

"Um diese Übereinstimmung zu vergrößern, (...) suchen sich die Menschen ihre Kontakte danach aus, daß die Standards ähnlich sind und soziale Unterstützung für die Selbstverstärkungsvorgänge gegeben ist."
(ebenda, Seite 861)

Vielleicht schätzt BANDURA die Kraft der Selbststeuerung zu hoch ein, wenn er schreibt:

"Die Leute tun nichts, was sie gewöhnlich für böse und destruktiv halten, bis man diese Dinge so hindreht, daß sie angeblich moralischen Zielen entsprechen."
(ebenda)

Die eminente Bedeutung dieser Bewertungsvorgänge für die klinische Arbeit braucht nicht besonders betont zu werden (KANFER & KAROLY, 1972; ELLIS, 1962; LAZARUS, 1971; LEWINSOHN, 1972; MARSTON, 1964; 1965; MARSTON & FELDMAN, 1972).

Die Fähigkeit zur expliziten Darstellung und Diskussion der eigenen impliziten Grundannahmen, also zur Metakommunikation, wurde als wichtiges Moment sicherer, kompetenter Konflikt-Löse-Verhaltensmuster von verschiedensten Autoren betont (HABERMAS, 1971; HALEY, 1963; 1973; WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1969; WATZLAWICK, WEAKLAND & FISH, 1974; MANDEL, MANDEL, STADTER, ZIMMER, 1971; u.a.).

2.2.3.2. Technische Flexibilität und multimodaler Ansatz

Bezüglich der Praxis des Selbstsicherheitstrainings vertreten beinahe alle Forscher (oft unausgesprochen) einen Standpunkt des "broad-spectrum"-Absatzes, der "Breit-Band-Verfahren". Man geht davon aus, daß komplexe, individuell unterschiedlich auftretende Probleme durch ebenso komplexe, flexible Therapieprogramme zu behandeln seien. Nicht mehr nur ein Prinzip (zum Beispiel Löschung) oder eine Technik (zum Beispiel Rollenspiel) kommen zum Einsatz. Dieser Standpunkt ist relativ früh von A. LAZARUS (1967) vertreten worden. Um ein Beispiel seiner Flexibilität zu nennen: Er hat Tiefentspannung und Rollenspiel zur Rollenspiel-Desensibilisierung (rehearsal desensitization, 1971) kombiniert, für Klienten, bei denen Rollenspiel starke Verspannungen auslöste.

Es geht aber nicht nur darum, daß wir verschiedene Techniken kombinieren, sondern daß berücksichtigt wird, wie das Problem sich auf verschiedenen Ebenen manifestiert. Wir haben gesehen, daß zur Beschreibung des Konstruktes Angst mindestens die drei Ebenen der physiologischen Erregung, des motorischen Verhaltens und der subjektiv-verbalen Beschreibung notwendig sind. Dies verlangt eine flexible Therapie (BORKOVEC, 1973a), die diese Ebenen berücksichtigt.

Im Gegensatz zu Positionen, wie sie von EYSENCK und WOLPE vertreten werden, hat dies BANDURA bereits 1969 klar formuliert:

"Der Ansatz, der von Prinzipien des sozialen Lernens ausgeht, ist nicht auf singuläre Bedingungen begrenzt, wenn er Persönlichkeitsänderungen erzielen will. Vielmehr produziert er auf der Basis eines einheitlichen theoretischen Rahmens unterschiedlichste Methoden zur Therapie von vielgestaltigen psychologischen Phänomenen."
(1969, Seite 80)

In einer mehr praktischen Orientierung vertritt LAZARUS genau diesen Ansatz in seiner "multimodalen Verhaltenstherapie" (1973, 1974a). Dabei versucht er, die berühmte Drei-Gliederung (physiologisch, motorisch, verbal) weiter aufzugliedern. Die Ebenen, an denen er sich orientiert, hat er mit dem Akronym BASIC ID zusammengefaßt: Verhalten (B), Affekt (A, Angst, Wut, Hoffnung, Depression, Freude, usw.), sensorische Wahrnehmung (S, auch Körperempfindungen), innere Fantasie-Bilder (I), Kognitionen (K, Bezugssysteme, Interpretationen, Normen), interpersonelle Ebene (I, wie ist das Problem in ein interpersonelles Gefüge eingebettet?), und Drogen (D, Medikamente, Alkohol, Koffein, etc.). Dieses Modell ist sehr geeignet, Explorationen und Problemanalysen anzuleiten und therapeutische Techniken präziser anzupassen,

sein theoretischer Stellenwert ist jedoch noch völlig ungeklärt; Anzahl, Vollständigkeit der Ebenen, ihre Beziehung untereinander und verschiedenes andere sind problematisch und zuwenig ausgearbeitet. Insofern ist die Annahme von A. LAZARUS, die Rückfallquote sei umso geringer, je mehr Ebenen (des BASIC ID) in die Therapie mit einbezogen würden, bis jetzt nur einleuchtend und plausibel. Der Vorteil des Ansatzes liegt in seiner Differenziertheit. Er widerspricht herkömmlichen Ansätzen nicht und schließt auf keiner Ebene den Bezug zur sozialen Lerntheorie aus. Die erwähnten theoretischen Probleme müssen aber noch besser gemeistert werden, damit uns dieser Ansatz helfen kann, differenzierter an das Problem der sozialen Unsicherheit heranzugehen.

2.2.4. Der Ansatz von ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH

Beim Aufbau eines standardisierten Trainingsprogrammes für Gruppen, dem ATP (assertive Training Program), entwickelten ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (1971) auch einen Fragebogen zur Unsicherheit, den U-Fragebogen (siehe Anhang und ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH, 1976). In der erwähnten Faktorenanalyse der Items, die u.a. auch aus Krankenberichten und Klienteninterviews gewonnen waren, ergaben sich die folgenden sieben Faktoren:

- Generelle Unsicherheit,
- Kritik- und Fehlschlag-Angst (sich öffentlich zu blamieren),
- Nein-sage-Angst,
- Kontakt-Angst,
- Angst zu fordern und sich durchzusetzen,
- Schuldgefühle (bei selbstsicherem Verhalten),
- Übertriebene Anständigkeit (und Norm-Abhängigkeit).

Die Tatsache, daß unabhängige Faktoren gefunden wurden, unterstützt die Hypothese von GOLDFRIED und D'ZURILLA (1969), daß Sicherheit und Kompetenz Begriffe seien, unter denen optimales Verhalten für recht unterschiedliche Konfliktsituationen zusammengefaßt sei.

Interessant ist auch, daß die letzten beiden Faktoren auf kognitive Bewertungszusammenhänge verweisen und so die zitierten Ansätze unterstützen, die auf interne Regelprozesse hingewiesen haben.

Auch ULLRICHs unterstreichen, daß der Begriff des selbstsicheren Verhaltens weder auf eine bestimmte Verhaltensklasse beschränkt ist, noch überhaupt ausschließlich auf der Verhaltensebene festmachbar ist:

"Der Begriff der Selbstunsicherheit ist demnach durch verschiedene Bereiche gekennzeichnet:
a) subjektive Einstellung zu sich selbst,
b) soziale Angst und Hemmung und
c) soziale Fertigkeiten."
(ULLRICH de MUYNCK & FORSTER, 1974, Seite 352)

Wie LAZARUS weisen die Autoren auf die Notwendigkeit hin, verschiedene, teils unabhängige Ebenen zu berücksichtigen, also "multimodale Verhaltenstherapie" zu betreiben. 1971 faßten sie Selbstsicherheit positiv als "Fähigkeit eines Individuums (...), in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch verwirklichen zu können. Dazu gehört also, sich zu erlauben, eigene Ansprüche zu haben, sich zu trauen, sie auch zu äußeren und die Fähigkeit zu besitzen, sie auch durchzusetzen"(1971, abgedruckt 1973, in: BRENGELMANN & TUNNER, 1973, Seite 254; Hervorhebung: ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH).

Es ist zu bezweifeln, ob hier wirklich nicht doch noch mehr Prozesse beteiligt sind, als ULLRICH de MUYNCK und FORSTER (1974) annehmen. Kenntnis sozialer Abläufe und Wissen um die Berechtigung und Ableitbarkeit der eigenen Ansprüche lassen sich nicht auf "Einstellung zu sich selbst" (1974, S. 352) reduzieren.

Beim Aufbau des ATP versuchten sie, die angeschnittenen Punkte zu berücksichtigen: Soziale Fertigkeiten werden durch Rollenspiel, Lernen am Modell, Instruktion und differenzierte Rückmeldung sowie durch systematisches Üben in der Realität trainiert, problematische Selbstkonzepte und Bewertungen von Situationen und eigenen Verhalten durch Diskussionen, rationale Begründungen und Prozesse des verbalen Konditionierens angegangen, Ängste und Hemmungen durch langsames Aufsteigen innerhalb der Hierarchien und Verhinderung von Vermeidungstendenzen sowie durch geplante Erfolgserlebnisse abgebaut. Die vier Verhaltensklassen (s.o.) sind durch Teil-Hierarchien repräsentiert.

Wir wissen noch nicht, welche Bausteine des komplexen therapeutischen Pakets entscheidend wichtig und welche überflüssig sind. Viele entscheidende theoretische Fragen sind durch diesen Ansatz ebenfalls nicht gelöst. Das große Verdienst besteht darin, daß hier einer der vielversprechendsten Ansätze zum sozialen Kompetenztraining entwickelt wurde, der flexibel genug ist, um breite Anwendungsfelder zu erschließen. Viele Fragen sind jedoch noch offen. Vor allem theoretische Probleme wie die Integration der verschiedenen Variablen und Meßebenen müssen intensiv weiter verfolgt werden.

2.2.5. Kritischer Ausblick

Selbstsicherheit wird nicht mehr als einheitliches Phänomen oder gar als Charakterzug aufgefaßt. Vielmehr haben wir es mit einem Begriff zu tun, der unterschiedliche Phänomene, Bedingungen und Prozesse zusammenfaßt. So konnte MORGAN (1974) zeigen, daß soziale Angst und selbstunsicheres Verhalten besser als zwei unabhängige Prozesse aufgefaßt werden sollten, die nur geringfügig miteinander korrelieren.

Selbstsicherheit kann kein durchgängiger Charakterzug oder situationsunabhängiges Verhaltenscharakteristikum sein. EISLER, HERSEN, MILLER & BLANCHARD (1975) konnten bei psychiatrisch hospitalisierten Patienten zeigen, daß selbstsicheres Verhalten wesentlich von situativen Reizen (zum Beispiel Geschlecht, Fremdheit und Bedrohlichkeit des Partners) abhängt.

Gibt es überhaupt etwas, das die vielen sozialen Konfliktsituationen zusammenfaßt, für die selbstsicheres Verhalten konzipierbar ist?
Eine Möglichkeit besteht darin, ein logisches Band über eine abstrakte Zielbestimmung des Verhaltens anzunehmen: In Anlehnung an THIBAUT & KELLY (1959), LIBET & LEWINSOHN (1973) und ULLRICH de MUYNCK & FORSTER (1974) könnte man selbstsicheres Verhalten folgendermaßen bestimmen:

Selbstsicheres Verhalten ist erfolgreiches Interaktionsverhalten, das dem Individuum größtmöglichen Gewinn bei vergleichsweise geringem Aufwand bringt, ohne daß die Interessen des Partners übergangen werden. Dabei spielt die Zeitperspektive eine ganz entscheidende Rolle: Zum Gewinn gehören langfristig stabile Beziehungen und die Möglichkeit zu wechselseitig verstärkenden Kontakten. Aggressives Verhalten,

das nur auf kurzfristige Durchsetzung von Eigen-Interessen aus ist, führt meist langfristig zu negativen Ergebnissen: Soziale Isolierung, negative Rückmeldungen, Strafe, Mißerfolge, etc.. Selbstsicherheitstraining sollte deshalb eher zur Reduzierung aggressiver Verhaltensmuster führen als sie steigern.

Eine ausgearbeitete Theorie zur sozialen Angst, Unsicherheit, oder positiv ausgedrückt, zur sozialen Kompetenz, existiert heute noch nicht. Dies hängt mit dem generell schwachen Stand der Theoriebildung in den Verhaltenswissenschaften zusammen (JAEGGI, 1975; GLEISS, 1974; 1975b).Die große Hoffnung liegt in der Entwicklung komplexerer Theorien zum sozialen Lernen und zur Handlungsregulation. Es ist anzunehmen, daß wesentliche Bereicherungen von Ansätzen der Denkpsychologie (NEISSER, 1974) und der kognitiven Psychologie, der Systemtheorie (KLAUS, 1969; INNERHOFER, 1974; MILLER, GALANTER & PRIBRAM, 1973) und von Ansätzen der Analyse der menschlichen Tätigkeit (LEONTÈV, 1973; GLEISS, 1975b)kommen könnten.

Die immense theoretische Arbeit kann und soll hier nicht geleistet werden. Im folgenden sollen aber Variablen und psychische Prozesse aufgezählt werden, die in einem zukünftigen Modell kompetenten Handelns adäquat berücksichtigt werden sollten.

- Wahrnehmung und Informationsaufnahme:

  Hier handelt es sich um einen aktiven Prozeß, bei dem selektiv Bedeutungsgehalte erfaßt und Konstruktionselemente zur Speicherung der Wirklichkeit gewonnen werden (NEISSER, 1974; HOLZKAMP, 1973). Symbole müssen erfaßt, sprachlich vermittelte Kommunikationen decodiert und entschlüsselt werden (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1969 u.v.a.). Die

Fähigkeit, subtile Ausdruckssignale zu erfassen und situative Charakteristika zu berücksichtigen, ist an gelungenes Diskriminationslernen und damit an eine differenzierte Wahrnehmung gebunden. Selbstwahrnehmung und -beobachtung ist als bedeutsamer Unterprozeß festzuhalten (SIMKINS, 1971; KAZDIN, 1974; KANFER & KARILY, 1972 u.v.a.). O'BANION und ARKOWITZ (1975) konnten zeigen, daß hochängstliche und niedrigängstliche Frauen nach einem standardisierten Gespräch mit einem hübschen Mann aus derselben emotionalen Rückmeldung unterschiedliche Anteile wahrnahmen und im Gedächtnis speicherten: Die sozial Ängstlichen merkten sich die negativen Anteile der Rückmeldung wesentlich besser, die positiven Anteile wesentlich schlechter als die weniger Ängstlichen.

- Informationsverarbeitung und das "innere Modell der Wirklichkeit" (KLAUS, 1969):

Es umfaßt die Konstruktionsprinzipien (NEISSER, 1974), mit denen der Mensch sein inneres Bild der Welt, in der er lebt, errichtet hat. Hierzu gehören Wahrscheinlichkeitsaussagen über das Auftreten positiver und negativer Verhaltenskonsequenzen:

"Es überrascht nicht, daß Menschen ihr Verhalten schneller ändern, wenn man ihnen sagt, was belohnt und was bestraft wird, als wenn sie es über Beobachtung der Resultate ihres Verhaltens entdecken müssen."
(BANDURA, 1974, Seite 862)

Rollenerwartungen und Kenntnis der Erwartungen anderer an das eigene Verhalten, Kenntnis der Grenzen und Spielräume für Verhalten in gegebenen Situationen, Wissen und Spielregeln, Abmachungen, Verträge und Gesetze gehören hier ebenso dazu wie die Fähigkeit zur Erfassung von symbolischen und sozialen Bedeutungsgehalten (HOLZKAMP, 1973).

Ohne die Annahme eines derartigen "Wissens" wären komplexe soziale Verhaltensmuster ("Wie immatrikuliere ich mich?", "Wie erhalte ich am meisten Geld beim Lohnsteuerjahresausgleich?" u.a.) völlig unerklärlich (KAMINSKI, 1970). Hier liegt auch eine der Voraussetzungen für bewußtes, planendes Handeln (BANDURA, 1974).

- Inneres Planen:

Die Fähigkeiten, Situationen und Probleme zu antizipieren (R.S. LAZARUS, 1966; BANDURA, 1974), kurz- und langfristige Konsequenzen (KANFER, 1971; MARSTON & FELDMAN, 1972; BANDURA, 1974), sowie Kosten und Nutzen von Aktionen miteinander zu verrechnen (HOMANS, 1960; 1961; 1969; THIBEAUT & KELLY, 1959) und der innere Vergleich verschiedener Handlungsalternativen mittels Durchspielen dieser Strategien im inneren Modell der Wirklichkeit fallen in diesen Bereich. So können in relativ neuen, unbekannten Konflikten die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöht und Ängste reduziert werden (R.S. LAZARUS, 1966; MEICHENBAUM & CAMERON, 1972). Antizipation der Ergebnisse eigenen Handelns auf andere stellt die Basis sozialer Verantwortlichkeit dar (BANDURA, 1974, Seite 860).

- Bedürfnisstand:

Für die Zielrichtung der Konfliktlösung ist die Kenntnis der Reize wie der Verhaltensmuster wichtig, die für das Individuum Belohnungswert haben. Die "psychologische Situation" (ROTTER et al., 1972) ist unterschiedlich, wenn Verhalten auf ein positives Ziel gerichtet oder von Tendenzen der Vermeidung oder Flucht vor negativen Reizen bestimmt ist. Manche Störungen (zum Beispiel die der Depression) sind teilweise dadurch bestimmt,

daß Reize und Verhaltensmuster ihre positive, verstärkende Kraft verloren haben und die Entwicklung der Bedürfnisse gestört ist (COSTELLO, 1972; LAZARUS, 1968, 1972, 1974a; WEINTRAUB et al. 1974; LEWINSOHN, 1972).

Da sich Bedürfnisse in ihrer "menschlichen Ausprägung" im Zusammenhang mit der Aneignung der Realität in der konkreten Lebenstätigkeit entwickeln, spiegeln sie die spezifische Form der Sozialisation und der Aneignung der Realität wider. Sie sind daher sowohl Kennzeichen der spezifischen Lebensbedingungen als auch Teil des Individuums.

- Emotionale Befindlichkeit:

Hier handelt es sich wohl nur phänomenal um einen einheitlichen Zustand. Physiologische Bedingungen, der Stand der Bedürfnisbefriedigung (Deprivation, Frustration) und kognitive Interpretation der Situation, des eigenen Zustandes und die Beziehung beider (LANG, 1971; BIRBAUMER, 1973; ROSS, RODIN & ZIMBARDO, 1969) kommen zusammen, führen dann aber zu affektiven Selbstverbalisationen, die nun ihrerseits wieder funktionalen Charakter für Verhaltenssteuerung übernehmen können. Besonders wichtig können ambivalente Gefühle sein, oft über Doppelbindungs-Situationen oder doppelte Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte entstanden (HALEY, 1963). LAZARUS (1973) hält es für sinnvoll, affektive Verbalisationen als eigene Ausdrucksebene zu explorieren und wenn nötig, in die relevanten Bestandteile zu zerlegen.

- Das Verhaltensrepertoire:

  Wieviele Verhaltensmuster konnte das Individuum in seiner Lerngeschichte für bestimmte Konflikte lernen, um flexibel darauf reagieren zu können? Konnte es sich nur Situationen anpassen oder aktiv verändernd eingreifen? Die Bedeutung eines differenzierten Verhaltensrepertoires braucht hier nicht diskutiert zu werden.

  Die Problematik des Verhaltensbegriffes und seines Verhältnisses zum Begriff der menschlichen Tätigkeit ist noch nicht gelöst und verlangt weitere kritische Überlegungen (I. GLEISS, 1975b).

- Der Begriff der unmittelbaren Umwelt-Bedingungen:

  Natürlich-physikalische Reizbedingungen haben weniger Einfluß als soziale Bedeutungsmomente in der mikrosozialen Interaktion, der Familienkonstellation, am Arbeitsplatz etc.. In diesen konkreten Reizbedingungen können sich auch gesamtgesellschaftliche Organisationsbedingungen widerspiegeln (GLEISS, 1975a;ZIMMER, 1976). Die Vermitteltheit der Gegenstandsbedeutungen in den konkreten Tätigkeiten sowie Beziehung mikrosozialer Reizgegebenheiten zu makrosozialen Strukturmomenten muß allerdings noch konkreter herausgearbeitet werden, um im Sinne einer Prävention Handlungsvorschläge ableiten zu können. BANDURA vermerkt zu Recht:

  "Sollten Psychologen profunden Einfluß auf allgemeine Probleme der Lebensgestaltung haben, müssen sie mit ihren Interventionstechniken bei den schädlichen gesellschaftlichen Praktiken ansetzen, statt ihre Aktivität auf die Behandlung der Opfer zu beschränken."
  (BANDURA, 1974, Seite 863)

Die vielen Fragen können hier nicht weiter verfolgt werden. Das Interesse der vorliegenden Arbeit besteht darin, an einem Punkt anzuknüpfen, und so einen theoretischen und empirischen Beitrag zur Klärung von wichtigen Bedingungen aus dem komplexen Bedingungsgefüge für das Selbstsicherheitstraining zu leisten.

Ausgehend vom momentanen Entwicklungsstand der theoretischen Modell scheint es sinnvoll, vom Ansatz der Selbstregulation auszugehen. Denn wie wir gesehen haben, deuten einige Untersuchungen darauf hin, daß ungünstige Selbst-Steuerungs-Muster bei der Aufrechterhaltung von sozialer Unsicherheit wesentlich beteiligt sind. Es wird von daher zu untersuchen sein, ob wir auf dieser Basis therapeutische Ansatzpunkte finden können, die genau an diesen problematischen Selbst-Steuerungs-Prozessen ansetzen.

Bei vielen Störungsbildern hat der Einsatz von Selbst-Regulations-Techniken die therapeutische Effektivität verbessert und Klienten vom Therapeuten unabhängiger gemacht (MAHONEY & THORESEN, 1974; KANFER, 1975), beim Training selbstsicheren Verhaltens liegen jedoch nur wenige Ansätze in dieser Richtung vor (siehe unten).

Außerdem besteht eine gewisse Verwandtschaft zwischen beiden Bereichen: Selbstregulationstechniken und Selbstsicherheitstraining verfolgen beide auf unterschiedliche Art das Ziel, Klienten ein Stück unabhängiger von schädlichen Umweltreizen zu machen und ihnen ein wenig mehr Handlungsfreiheit zurückzugeben, um von sich aus gegen bedenkliche Abhängigkeiten anzugehen.

Zur Planung einer empirischen Untersuchung ist es allerdings notwendig, zunächst einmal die vorliegende empirische Literatur zum Selbstsicherheitstraining und seinen wesentlichen Komponenten und Techniken zu sichten.

2.3. Überblick über die empirische Literatur zur Bedingungsanalyse beim Selbstsicherheitstraining

Obwohl die Bedeutung des Konzeptes der Selbstsicherheit und die enorme Wichtigkeit eines Repertoires sicherer und kompetenter Verhaltensmuster seit langem bekannt und für die Psychopathologie diskutiert worden ist (ZIGLER & PHILLIPS, 1962), ging man erst sehr spät daran, in diesem Bereich systematische Therapieforschung zu treiben. Während in den sechziger Jahren eine Flut von Untersuchungen zur Desensibilisierung veröffentlicht wurde, begann das empirische Interesse für das Selbstsicherheitstraining erst in den siebziger Jahren. Dieses Interesse nimmt explosiv zu. Dabei zeigt sich aber, daß über viele methodische Verfahrensfragen weitgehende Uneinigkeit besteht. Dies macht die meisten Studien schwer vergleichbar.

- Spezifikation der Zielverhaltensklasse:

  Das Konzept der Selbstsicherheit faßt viele unterschiedliche Verhaltensklassen zusammen, aus denen die einzelnen Forschergruppen sich jeweils eine, mehrere spezifische oder ein Konglomerat herausuchten. Die Übertragung der Ergebnisse dieser Studien auf andere Verhaltensklassen ist sicherlich oft möglich, aber immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, die nur durch weitere Untersuchungen aufgehoben werden kann.

- Meßmethoden:

Die Problematik der Messung sozialen Verhaltens wird weiter unten ausführlicher besprochen werden müssen. Hier muß festgehalten werden, daß weder auf der Fragebogenebene noch für physiologische Maße oder für die Verhaltensebene einheitliche Maße existieren. Die meisten Forschergruppen entwickeln erst einmal ihre eigenen Meßinstrumente (WOLPE & LAZARUS, 1966; McFALL & BRIDGES, 1970; WATSON & FRIEND, 1969; RATHUS, 1972; ARKOWITZ et al., 1975; u.a.) und Verhaltenstests. Neben standardisierten Rollenspieltests (GOLDSTEIN, 1973; HERSEN, EISLER und Mitarbeiter, ARKOWITZ und Mitarbeiter) werden neuerdings Real-Verhaltenstests durchgeführt: Klienten, die gelernt haben, "nein" zu sagen, bekommen einen Telefon-Anruf von einem aufdringlichen Vertreter (McFALL und Mitarbeiter), Schüchterne, die lernen sollen, Kontakte zu knüpfen, werden in ein Wartezimmer gesetzt, in dem auch eine hübsche Mitarbeiterin sitzt, die standardisierte Handlungsvorschriften hat. Tonband- oder Video-Aufzeichnungen werden anschließend von blinden Beurteilern nach quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten ausgewertet. Hier gibt es keinerlei verbindliche Bewertungskriterien. Versuche zu einer Standardisierung haben bislang nicht den gewünschten Erfolg gebracht (EISLER, MILLER, HERSEN, 1973; BORKOVEC, FLEISCHMANN, CAPUTO, 1973; ARKOWITZ, LICHTENSTEIN, McGOVERN, HINES, 1975).

- Die Population:

Die Studien unterscheiden sich auch hinsichtlich der Zielgruppe oder der Versuchspersonen. Neben geographischen, nationalen und kulturellen Unterschieden ist der psychiatrische Status wohl die

wichtigste Variable. In Amerika stellen - wie erwartet - Psychologie-Studenten meist das Klientel. Einzelne Studien kümmern sich auch besonders um Klienten mit sexuell abartigem Verhalten (LAWS & SERBER, 1971), Schizophrene (HERSEN, TURNER, EDELSTEIN & PINKSTONE, 1974; SERBER und NELSON, 1971; GUTRIDE, GOLDSTEIN & HUNTER, 1973; GOLDSMITH & McFALL, 1975; PADEN, HIMMELSTEIN & PAUL, 1974), schwer gestörte Neurotiker (ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH, 1972, 1973) oder generell psychiatrisch hospitalisierte Patienten (GOLDSTEIN, 1973; HERSEN und Mitarbeiter). Andere kümmerten sich um gestörte Eheinteraktionen (EISLER, HERSEN & AGRAS, 1973) oder um zurückgezogene und verschüchterte Kinder (ROSS, ROSS & EVANS, 1971; O'CONNOR, 1972; KROP, CALHOON & VERRIER, 1971; GOTTMAN, GONSO & RASMUSSEN, 1974).

- Die Forschungsstrategie:

Prinzipiell lassen sich bei den Ansätzen zwei Forschungs-Strategien unterscheiden:

- Die Aufbau-Strategie, vertreten von McFALL & MARSTON (1970), GOLDSTEIN (1973), u.v.a., sieht vor, daß zunächst mit nur einem therapeutischen Baustein begonnen wird, indem man seine Effektivität untersucht, Vergleiche anstellt, Kombinationen austestet und nach und nach ein therapeutisches Paket zusammenstellt. Die methodische Exaktheit dieses Vorgehens ist begrüßenswert, führt aber zu einem entscheidenden Nachteil, der auch von einem der Vertreter dieses Vorgehens, GOLDSTEIN (1973), zugestanden wird: Es ist schwer bis unmöglich, zu Beginn bereits hoffnungsvolle Daten zu erhalten, da komplexe Störungen den Einsatz massierter, komplexer Interventionen verlangen.

- Die Ausgliederungs- (Dismantle-) Strategie, vertreten u.a. von ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (1971), zieht Konsequenzen aus den genannten Schwierigkeiten: Sie sucht zunächst nach einem effektiven Paket therapeutischer Interventionstechniken, um dann systematisch einzelne Bausteine wegzulassen und deren Anteil an der therapeutischen Effektivität zu bestimmen und so ein ökonomisches, aber effektives Verfahren zu gewinnen.

Im folgenden soll die wichtigste Literatur, gegliedert nach ihrem Beitrag zu einzelnen therapeutischen Bausteinen, die beim Selbstsicherheitstraining zum Tragen kommen können, dargestellt werden.

Auf die generelle Effektivität des Selbstsicherheitstrainings deuten viele Studien hin, wobei die Fragen der theoretischen Erklärung, der Einschätzung einzelner Therapieverfahren und der Indikation (Wann bei wem?) nicht weiter geklärt werden können (ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH, 1972, 1973; RATHUS, 1972, 1973; HEDQUIST & WEINHOLD, 1970; LAZARUS, 1966; WEINMAN, GELBART, WALLACE & POST, 1972; GOLDSMITH & McFALL, 1975; GUTRIDE, GOLDSTEIN & HUNTER, 1973; u.v.a.).

2.3.1. Verhaltensübung (engl.: 'behavior rehearsal') und Rollenspiel

Unter Verhaltensübung wird hier wiederholte Einübung und/oder Ausführung einer Verhaltenssequenz verstanden. Meistens findet sie zunächst im geschützten Rahmen der Therapie statt. Gewöhnlich wird die Übung als Rollenspiel durchgeführt: Dann spielt eine weitere Person (zum Beispiel der Therapeut) den Interaktionspartner.

Hier verdankt die verhaltenstherapeutische Praxis wesentliche Anregungen dem Psychodrama (MORENO, 1959), sowie der "Therapie der verschriebenen Rollen" ('fixed role therapy') von KELLY (1955). Bei diesem Verfahren entwickelt der Therapeut für den Klienten ein Verhaltens- oder Rollenskript, das dem eingeschliffenen, problematischen Verhalten des Klienten gänzlich widerspricht. Daraufhin wird der Klient aufgefordert, sich für die nächsten Wochen einmal wie ein anderer zu verhalten. Zur Erleichterung kann dieses Verhalten im Rollenspiel einstudiert werden. Mit den neuen (zum Beispiel selbstsicheren) Verhaltensmustern macht der Klient wichtige neue Erfahrungen, das heißt, die Umwelt reagiert anders, oft positiver auf ihn. Das künstliche Verhalten kann in das "natürliche" Verhaltensrepertoire übergehen und der Klient mag plötzlich entdecken, daß er sich nicht nur anders verhält, sondern auch anders fühlt, daß sich also sein Selbstkonzept geändert hat.

Erste Ansätze zum Rollenspiel erwähnte WOLPE (1958) unter dem Namen "behavioristisches Psychodrama". Verhaltensübung als systematisches Einüben neuer Verhaltensweisen im Rollenspiel mit dem Therapeuten als Partner wurde von A. LAZARUS in die Verhaltenstherapie eingeführt (1963, 1964, 1965). 1966 verglich er Verhaltensübung mit einer nicht genau spezifizierten Form nicht-direktiver Gespräche und mit guten Ratschlägen. Seine Ergebnisse deuten auf die Überlegenheit der Verhaltensübungsgruppe hin, sind aber aufgrund methodischer Mängel nicht genau interpretierbar: LAZARUS hat alle Gruppen selber behandelt und die Therapieerfolge alle selber ohne Hinzuziehung unabhängiger Beobachter eingeschätzt.

Bei vielen späteren Studien stellt Verhaltensübung ein wesentliches Basiselement dar, ohne daß sein Anteil an der therapeutischen Veränderungsvarianz gesondert interessiert (SERBER, 1972; MELNICK, 1973; FORSTER, 1974; CURRAN, 1975; THORPE, 1975; u.v.a.). GITTELMANN (1965) konnte zeigen, daß Verhaltensübung bereits mit Kindern durchführbar ist.

Nur in wenigen Studien wurde der Versuch unternommen, den Effizienzanteil der Verhaltensübung zu bestimmen oder zu prüfen, ob reine Verhaltensübung bereits effektiv sein könne.

FRIEDMAN (1971) fand, daß Verhaltensübung signifikant besser als nichts, das heißt, eine Warteliste-Kontrollgruppe ist. Die Kombination mit "Modell-Lernen" schnitt noch besser ab, wobei sich herausstellte, daß improvisiertes Rollenspiel einem stark strukturierten vorzuziehen sei. Kritisch muß angemerkt werden, daß Verhaltensübung hier aufgrund bestimmter Instruktionen nicht in Reinkultur vorkommt, und daß die gesamte Therapiezeit auf einmal 10 Minuten beschränkt (!) ist.

HERSEN, EISLER, MILLER, JOHNSON & PINKSTONE (1973) und HERSEN, EISLER und MILLER (1974) konnten bei psychiatrischen Insassen für reine Verhaltensübung keinen therapeutischen Effekt feststellen. Nur in Kombination mit anderen Techniken war sie bedeutsam. Dagegen konnten McFALL und MARSTON (1970), McFALL & LILLESAND (1971) und McFALL & TWENTYMAN (1973) in einer Reihe von Experimenten jeweils einen deutlichen Einfluß der Verhaltensübung ausmachen. Verhaltensübung und generelle Instruktion scheinen additiv zu wirken, beide waren signifikante therapeutische Variablen. Zwischen offener und verdeckter (innerer, vorgestellter) Verhaltensübung ('covert rehearsal') fanden

McFALL und Mitarbeiter in ihren standardisierten Analog-Experimenten keinerlei Unterschiede. FORSTER (1974) konnte ebenfalls einen signifikanten therapeutischen Effekt auf verschiedenen Meßebenen für Verhaltensübung sichern.

Die Inkonsistenz mag durch unterschiedliche Meßmittel und unterschiedliche Durchführung bedingt sein, die unterschiedlichen Ergebnisse sind aber ganz sicher auch darauf zurückzuführen, daß FORSTER, McFALL und Mitarbeiter gehemmte Studenten, HERSEN und Mitarbeiter aber hospitalisierte Klienten als Versuchspersonen hatte. GOLDSTEIN (1973) kommt zu dem Schluß, daß bei schweren Fällen wahrscheinlich nur eine massierte therapeutische Intervention, die aus mehreren Komponenten besteht, wirksam sein könne.

2.3.2. Operante Verstärkung

Wesentlich an der operanten Verstärkung ist die Annahme, daß die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhaltensweise erhöht wird, wenn positiv erlebte Ereignisse auf sie folgen. Ein möglichst enger zeitlicher Zusammenhang (Kontingenz) ist anzustreben. Diese positiven Ereignisse können im Erfolg liegen (bestimmte Verhaltensweisen sind effektiv, andere nicht) oder in einer detaillierten positiven Rückmeldung, bei der ein Beobachter (oder der Therapeut) sehr konkret und detailliert herausarbeitet, welche Verhaltensaspekte (zum Beispiel Blickkontakt) vorher gesetzten Ansprüchen genügen. BANDURA (1969) hat lange herausgearbeitet, daß in diesem Zusammenhang der Informationswert der Verstärkung besonders große Bedeutung hat.

Es ist nicht leicht, Verstärkungsprozesse zu isolieren. Vielmehr muß angenommen werden, daß bei den meisten therapeutischen Aktivitäten Rückmeldungen und auch Selbstverstärkungen und -bestrafungen ablaufen (BANDURA, 1969, 1974). Die Variable "operante Verstärkung" kann im Moment noch nicht als endgültig untersucht und geklärt angesehen werden.

WAGNER (1968) wies nach, daß positive Verstärkung und Verhaltensübung besser geeignet sind, adäquaten Ärgerausdruck aufzubauen, als eine Wartegruppe und eine Rollenspiel-Kontrollgruppe mit negativer Rückmeldung. FROMME, WHISENANT, SUSKY & TEDESKO (1974) zeigten, daß affektiv getönte "Hier- und Jetzt"-Aussagen in der Gruppe durch eine simple Verstärkungsprozedur in der Häufigkeit gesteigert werden konnten. LIBERMAN (1970) verstärkte in der Gruppe Verhalten, das Gruppenkohäsion förderte.

FORSTER (1974) versuchte die Variable zu isolieren, indem er die Reaktionen des Rollenspielpartners manipulierte und so Erfolg (A) oder Mißerfolg (B) bei der Verhaltensübung steuerte. Er konnte zwar erneut die Effektivität des Ansatzes demonstrieren, fand aber keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen.

ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (1972) verglichen zwei Gruppen, die sie mit ihrem standardisierten ATP (Assertive Training Program) behandelten, wobei eine Gruppe zusätzlich "differentielle Verstärkung" für bestimmte Verhaltensklassen erhielt. Von jedem Teilnehmer existierte eine individuelle Lernliste, so daß er differentiell für individuellen Lernfortschritt verstärkt werden konnte. Diese Gruppe zeigte eine Beschleunigung im Lernfortschritt, der sich

nach vier Wochen signifikant von dem der zweiten Gruppe unterschied. Nach sechs Therapiewochen allerdings waren die signifikanten Unterschiede wieder verschwunden. Hier wurde im Gegensatz zu FORSTERs Studie nicht mit Studenten, sondern mit schwer gestörten, hospitalisierten Patienten gearbeitet. Nun muß man davon ausgehen, daß Verstärkungsprozesse nie ausgeschlossen werden können. So wird verständlich, daß hier nur systematische mit unsystematischer Verstärkung verglichen werden konnte. Es ist lerntheoretisch plausibel, daß die Systematik eine Beschleunigung bringt, daß aber auch lange unsystematische und auch intermittierende Verstärkung schließlich ähnlich effektiv sein kann.

BAYER (1973) konnte depressive Verbalisation von Gruppenteilnehmern erfolgreich durch gezieltes verbales Konditionieren modifizieren, und McPHERSON (1972) konnte in einer systematischen Einzelfallstudie demonstrieren, wie depressives und assertives Verhalten von den Verstärkungskontingenzen der Familienangehörigen abhing. O'CONNOR (1972) wies in der Arbeit mit zurückgezogenen Kindern die große Bedeutung von Verstärkungsprozessen bei der Verhaltensformung nach.

In vielen Studien ist die Art der Verstärkung nicht präzise beschrieben (MELNICK, 1973; RATHUS, 1972; LAZARUS, 1966; SERBER, 1972; GOLDSTEIN, 1973), in den meisten Fällen dürfte es sich aber um mehr oder weniger differenzierte verbale Rückmeldung handeln.

Es wäre denkbar, daß der Einfluß operanter Verstärkungsprozesse besser in Einzelfallstudien aufweisbar ist. Andererseits muß man auch sehen, daß wir die subtilen, oft nonverbal übermittelten positiven

Rückmeldungen, noch nicht genug kontrollieren und messen können, um endgültige Aussagen über ihren Einfluß machen zu können.

2.3.3. Video-Aufzeichnung und -Rückmeldung

Audiovisuelle Rückmeldung als Selbstkonfrontation und Möglichkeit zur Selbstbeobachtung hat in den letzten Jahren weite Verbreitung gefunden (siehe BALEY & SNOWDER, 1970; BERGER, 1970; und GRIFFITHS, 1974 zur Übersicht). Die unmittelbare, zeitlich kaum verzögerte, objektive Wiedergabe stellt in vieler Hinsicht das Optimum an Verhaltensrückmeldung dar. Recht unterschiedliche therapeutische Schulen haben sich diese Technik zunutze gemacht. Auch bei der Ausbildung von Lehrern, Managern und bei der Supervision angehender Therapeuten hat sie weite Anwendung gefunden (siehe hierzu BERGER, 1970; GELSO, 1973).

Hier soll von einer anekdotenhaften Aufzählung positiver Erfahrungen (zum Beispiel PADEN et al., 1974) abgesehen werden, die meist widersprüchlich und methodisch unsauber sind. Vielmehr sollen die wenigen (tendenziell) experimentellen Ansätze zum Einsatz von Videoanlagen berichtet werden. Die meisten haben methodische Mängel. So fehlt oft eine entsprechende Kontrollgruppe. Systematische Forschung hat in diesem Bereich eigentlich noch gar nicht angefangen. In ihrem Übersichtsreferat über den Einsatz von Video-Rückmeldung in traditionellen therapeutischen Ansätzen betonen BALEY und SNOWDER (1970), daß es sich beinahe durchgehend um Berichte positiver Eindrücke handelt, während die wenigen, experimentell halbwegs kontrollierten Studien recht heterogene Ergebnisse bringen. Sie sind deshalb skeptisch, schreiben aber:

"Trotz des momentanen Mangels an experimenteller Verifikation von Selbstkonfrontations-Techniken ist es denkbar, daß mit ausgefeilteren Forschungsmethoden die überaus positiven Eindrücke bestätigt werden."
(Seite 133)
GRIFFITHS (1974) stimmt hier im wesentlichen zu.

BOYD & SISNEY (1967) beschreiben Versuche, die darauf hindeuten, daß psychiatrisch Hospitalisierte durch Video-Rückmeldung ihr Selbstkonzept in positiver Richtung stärker als eine Kontrollgruppe ändern.

GEERTSMA & REIVICH (1965) gaben Klienten mit sogenannten "Charakterstörungen" Videorückmeldung vergangener (traditioneller) Therapiestunden und fanden, daß sich das Selbstkonzept in Richtung auf größere Übereinstimmung mit Fremdbeurteilungen veränderte. MELNICK (1971) hält es für denkbar, daß diese Ergebnisse auch durch subtile verbale Konditionierungsprozesse erzielt worden sind. Aber ähnliche Ergebnisse wurden auch von den strenger lerntheoretisch vorgehenden Autoren GRIFFITHS & HINKSON (1973) berichtet.

REIVICH & GEERTSMA (1968) untersuchten die unmittelbare Wirkung der Rückmeldung aufgezeichneter Erstinterviews auf psychiatrische Klienten (n = 64): 77 % reagierten direkt mit einer Angst-Steigerung, 23 % hatten recht gemischte Gefühle, bei 17 % herrschten allgemein negative Gefühle eher vor, das heißt, Adjektive wie "schrecklich, furchtbar, ekelhaft, zum Kotzen" tauchten auf. Dies weist auf ein wichtiges Problem der Video-Rückmeldung hin. Das heißt: Lernen kann erschwert werden, wenn zu starke negative Emotionen hervorgerufen werden. Zum einen ist zu hohe allgemeine Erregung (über ein mittleres Niveau hinaus) Lernen abträglich (BIRBAUMER, 1973),

zum anderen können hier Bestrafungsprozesse ablaufen (ein aversives Ereignis folgt auf ein Verhalten), zum dritten kann Selbstentmutigung ausgelöst werden: Die negativen Emotionen folgen ja auf Selbstbeobachtungen und können schnell den Charakter von Selbstabwertungen annehmen, die generelle Entmutigung zur Folge haben können. Es darf aber nicht vergessen werden, daß anschließend 68 % der Klienten der Meinung waren, daß die Erfahrung für sie wichtig und positiv gewesen sei. So gibt es unterschiedliche Meinungen: Die einen sehen fast nur positive Effekte (MOORE, CHERNELL & WEST, 1965; GRIFFITHS & HINKSON, 1973), während bei anderen Warnungen deutlich werden, die darauf hinweisen, daß hier eine potentiell gefährliche Technik vorliegt. So hat zum Beispiel DANET (1968) gezeigt, daß durch Video-Rückmeldungen die Angstpegel von Gruppenteilnehmern recht stark in die Höhe gingen.

Während EDELSON & SEIDMAN (1975) auf die positiven Möglichkeiten der Video-Rückmeldung bei der Ehetherapie hinweisen und zeigen konnten, daß die Selbstwahrnehmung innerhalb der Interaktionsketten besser werden kann, zeigen ALKIRE & BRUNSE (1974), daß bei Ernstklienten mit einer ernstzunehmenden Ausfallquote zu rechnen ist, und warnen vor einem übereilten Einsatz in der Partnerschaftstherapie.

Video-Rückmeldung als Strafreiz zur negativen Konditionierung wurde von CARRERE (1954) bei Alkoholikern eingesetzt: Die nüchternen Klienten sahen Aufnahmen, wie sie noch im Delirium tremens waren. Leider sind keine verwertbaren quantitativen Daten angegeben. SCHAEFER und Mitarbeiter (1971) überprüften das Verfahren experimentell und zeigten, daß keinerlei positive Effekte zu erwarten sind.

Auch die meisten verhaltenstherapeutischen Studien führen nicht zu einer Klärung der Fragen. Über den Einsatz berichten RATHUS (1973), SERBER (1972) und LEDERER (1974). BERNAL (1969) beschreibt, wie mit Hilfe von Fernsehaufzeichnungen einer Mutter besseres Verstärkungsverhalten ihrem Kind gegenüber beigebracht werden konnte.

McFALL und Mitarbeiter berichten interessante Ergebnisse über auditive Rückmeldung mit dem Tonband: McFALL & MARSTON (1970) zeigten, daß diese Rückmeldung tendenziell (nicht signifikant) die Ergebnisse von Verhaltensübung verbesserte. Dagegen muß aus den Daten von McFALL & LILLESAND (1971) (Verhaltensübung mit Tonbandrückmeldung ist tendenziell schlechter als ohne Rückmeldung) und aus den Ergebnissen der Experimente von McFALL & TWENTYMAN (1973) geschlossen werden, daß die Rolle der Rückmeldung noch offen und ungeklärt ist, sie möglicherweise aber auch therapiehemmenden Einfluß ausüben kann. Signifikante Aussagen sind allerdings nicht möglich gewesen.

In einer experimentellen Analog-Studie zur Modifikation nonverbaler Kommunikation fanden EISLER, HERSEN & AGRAS (1973a, b), daß Video-Rückmeldung alleine nicht so effektiv wie einfache Instruktion war, um Blickkontakt und Lächeln zu verbessern, daß die Kombination beider Techniken aber signifikant besser als Instruktion alleine war.

MELNICK (1971, 1973) verglich verschiedene Therapieformen, um kontaktängstliche Studenten zu behandeln, und fand, daß die experimentellen Gruppen, die Video-Rückmeldung erhielten, den anderen, einfachen Trainingsgruppen signifikant überlegen waren, und zwar sowohl bei den Fragebogen wie im Verhaltenstest.

Die heterogenen Ergebnisse deuten an, daß dieses komplexe Verfahren in seinen Wechselwirkungen mit anderen therapeutischen Techniken noch zuwenig untersucht ist. Methodische Probleme erschweren Vergleichbarkeit und Interpretation. Es scheint stark von den Umständen und von der Art der Kombination abzuhängen, ob Video-Rückmeldung positive Ergebnisse bringt oder die Therapie hemmt oder stört.

2.3.4. Instruktion

Streng behavioristisch orientierte Ansätze in der Verhaltenstherapie wurden früh von kognitiv orientierten Theoretikern kritisiert (BREGER & McGAUGH, 1965; BECK, 170b, BERGIN, 1970; u.v.a.). Insbesonders die Rolle der Instruktion und das damit verbundene Konzept der Erwartung nahmen bei der folgenden Diskussion einen zentralen Stellenwert ein (ULLMANN, 1970; BORKOVEC, 1972, 1973 a, b; DAVISON & WILSON, 1972, 1973; WILKINS, 1973; EMMELKAMP, 1975; u.v.a., siehe auch die Kommentare von G.T. WILSON in FRANKS & WILSON, 1973).

Man kann mit einiger Sicherheit annehmen, daß spezifische Therapie-Instruktionen, -Erwartungen und -Erklärungen auch bei frühen verhaltenstherapeutischen Praktikern eine große Rolle gespielt haben (LAZARUS, 1971, 1973; siehe auch Kapitel 2.2.2.).

BARBER und seine Mitarbeiter konnten demonstrieren, daß tiefgreifende Veränderung (zum Beispiel in der Schmerzempfindlichkeit), die normalerweise in den klassischen Bereich der Hypnose eingeordnet werden, durch einfache Instruktion und Erwartungsänderung erreicht werden konnten (BARBER, 1970a, b; CHAVES, 1968; SPANOS, HAM & BARBER, 1973; SPANOS, deMOOR & BARBER, 1972).

KAUFMANN, BARON & KOPP (1966) konnten für menschliches operantes Verhalten zeigen, daß nicht die tatsächlichen, sondern die erwarteten, in der Instruktion angekündigten Verstärkungspläne das Verhalten steuerten[1].

In der Angst-Therapieforschung konnten DEE (1972) für die Reizüberflutung und PERSELY & LEVENTHAL (1972) u.v.a. für die systematische Desensibilisierung nachweisen, daß Instruktion und Erwartungsbeeinflussung positiv zum Therapieerfolg beitragen (siehe auch die Übersicht von EMMELKAMP, 1975). BORKOVEC (1973a, b) sieht die therapeutische Bedeutung von Instruktion und Suggestion vor allem bei denjenigen ängstlichen Klienten, bei denen nicht die physiologische Erregung dominiert, aber übertriebene Wahrnehmung und Interpretationstendenzen vorhanden sind.

In einem Analog-Experiment zur Modifikation der relativen Häufigkeit affektiver und rein deskriptiver Verbalisationen mit Studenten konnten GREEN & MARLATT (1972) die signifikante Bedeutung der Instruktionsvariable zeigen, die dem Einfluß von Modellen deutlich überlegen war. In die gleiche Richtung deutet auch ein Analog-Experiment von MASTERS & BRANCH (1969), bei dem Wortassoziationen modifiziert wurden.

Die frühe Studie von A. LAZARUS (1966) hatte gezeigt, daß gute Ratschläge allein nicht so effektiv sind wie nicht-direktive Gespräche über die sozialen

---

[1] Es kann hier kein kritischer Überblick über die Probleme der lerntheoretischen Grundlagen gegeben werden (siehe hierzu KRAIKER, 1974; MURRAY & JACOBSON, 1971; LAZARUS, 1971; BANDURA, 1974).

Ängste und Verhaltensübung. Wegen der vielen methodischen Mängel kann die Studie aber nur Hinweischarakter haben.

EISLER, HERSEN & MILLER (1974) beschreiben mehrere genau dokumentierte Einzelfälle (zur Methodik: BARLOW & HERSEN, 1973), bei denen mit großem Erfolg Instruktion und Videofeedback eingesetzt wurden. Die Rolle der Instruktion kann hier leider nicht getrennt von der anderen Variablen interpretiert werden.

EISLER, HERSEN & AGRAS (1973b) wiesen nach, daß Instruktion bei der Modifikation nonverbalen Verhaltens eine effektive therapeutische Variable ist, die reinem Videofeedback signifikant überlegen ist.

GOLDSTEIN und Mitarbeiter (1973, Experiment III) erzielten mit Instruktion signifikante Erfolge beim Selbstsicherheitstraining mit psychiatrischen Patienten. Die Erfolge waren gleich gut wie bei den Gruppen "Modell-Lernen" und "Modell-Lernen plus Instruktion".

McFALL und Mitarbeiter konnten in einer Reihe von Analog-Studien (Versuchspersonen: Studenten, Lernziel: Unberechtigte Forderungen ablehnen) nachweisen, daß "Coaching" (eine Form abstrakter, prinzipieller Instruktion, zum Beispiel: "Hier muß man freundlich, aber bestimmt sein!") eine hoch signifikante Variable ist, die in Kombination mit Verhaltensübung die größten Erfolge brachte (McFALL & LILLESAND, 1971; McFALL & TWENTYMAN, 1973).

Mit psychiatrischen Patienten arbeiteten HERSEN, EISLER, MILLER, JOHNSON & PINKSTONE (1973) und HERSEN, EISLER & MILLER (1974). Auch hier war Instruktion eine signifikante Variable, die reinem Modell-

Lernen und reiner Verhaltensübung signifikant überlegen war. Durch zusätzliches Modell-Lernen wurde Instruktion nur auf wenigen Meßebenen signifikant unterstützt oder verbessert. Die Ergebnisse decken sich bis zu einem gewissen Grade mit denen von McFALL. Ein ebenfalls interessanter Ansatz von HERSEN, EISLER & MILLER (1974) besteht darin, zu versuchen, die Instruktionen so anzulegen, daß die Generalisierung und der Transfer des Gelernten vergrößert wird. Leider konnten sie bislang nur partielle Erfolge berichten.

Als Gesamt-Eindruck läßt sich feststellen, daß die signifikante Bedeutung von Instruktion als therapeutischem Baustein generell und auch speziell bei sozialem Verhaltenstraining als bestätigt angesehen werden muß. Zur spezifischen Indikation und zur optimalen Kombination mit anderen Techniken werden noch einige Untersuchungen notwendig sein.

Die theoretische Bedeutung der Instruktion ist ebenfalls noch nicht völlig geklärt: Instruktion ist ein diskriminativer Stimulus, der angibt, was vom Therapeut verstärkt wird, gleichzeitig werden aber generelle Informationen über Verhaltensziele vermittelt, die einerseits als Informationen zur Konstruktion oder Rekonstruktion des inneren Modells der Wirklichkeit beitragen, zum anderen Hinweise für Kriterien zur Selbstbewertung abgeben. Zudem können Instruktionen Angst reduzieren: Sie geben eine explizite Erlaubnis für ein Verhalten, ja ermutigen es sogar, das aufgrund sozialer Hemmungen und Ängste (möglicherweise) aufgegeben wurde.

Es ist von verschiedener Seite argumentiert worden (zum Beispiel BANDURA, 1971c), daß Instruktion (und auch "Coaching" als generelle Version) eigentlich

nur ein Spezialfall von "Modell-Lernen" sei. Aber, wie McFALL und TWENTYMAN (1973) zu Recht ausführen:

"Mit demselben Recht, mit dem Instruktion als verbales 'Modell-Lernen' bezeichnet wird, könnte man andersherum auch Beobachtungs-Lernen am Modell als 'visuelle Instruktion' auffassen. MARLATT (1972) hat eine wichtige Differenzierung zur Unterscheidung zwischen Modell-Lernen und Instruktion herausgearbeitet, indem er auf die unterschiedliche Form des Informationsgehaltes einging. Das Modell liefert dem Beobachter Beispiele spezifischen Verhaltens, von denen generelle Prinzipien erst abgeleitet und abstrahiert werden müssen, während "coaching" und Instruktion die generellen, konzeptuellen Prinzipien liefert, von denen her erst die passenden Verhaltensmuster entwickelt werden müssen." (McFALL & TWENTYMAN, 1973, Seite 215)

2.3.5. Modell-Lernen

Unter Modell-Lernen oder Beobachtungs-Lernen faßt man einen Lernprozeß, bei dem eine Person Lernerfahrungen nicht selbst machen muß, sondern diese an einer Modell-Person beobachtet. Gerade komplexere Lernprozesse werden durch Modell-Lernen wesentlich beschleunigt (zum Beispiel Sprechen-Lernen). Wie BANDURA (1969) überzeugend herausarbeitet, können alle wichtigen Lernprozesse statt auf direktem Wege ebenso gut über Modell-Lernen ablaufen. Einzelheiten können hier nicht dargestellt werden. Aber für unser Thema ist wichtig, daß

- Ängste über Beobachtung angstfreier Modelle reduziert werden können,
- komplexe Verhaltensketten durch Modell-Lernen schneller erlernt werden können,
- daß Verstärkung und Löschung des Modelles auch beim Beobachter Verhalten beeinflussen können,
- und daß Kriterien zur Selbstbewertung und Art und Weise der Selbstverstärkung über Modell-Lernen modifiziert werden können. (Zur Übersicht: BANDURA, 1969, 1971a, b; GOLDSTEIN, 1973).

Ist der Beobachter in der Lage, die wesentlichen Aspekte seiner Beobachtung sprachlich zu kodieren, wird der Lernprozeß wesentlich intensiviert (BANDURA & JEFFERY, 1973).

Recht überraschend ist es nun, daß die Rolle des Modell-Lernens beim sozialen Verhaltens-Training noch nicht eindeutig geklärt ist. Es kann zwar als gesichert gelten, daß Modell-Lernen einen positiven Einfluß hat, insbesondere da, wo sehr starke Ängste oder eindeutige Verhaltensdefizite vorliegen (GOLDSTEIN, 1973), bei generellen Studien fallen die Ergebnisse jedoch nicht eindeutig positiv aus:

Einige Studien zum Selbstsicherheitstraining beschreiben den Einsatz von Techniken des Modell-Lernens, ohne deren spezifischen Anteil klären zu können oder zu wollen (HIGGINS, IVEY & UHLMANN, 1969; RATHUS, 1973; HERSEN, EISLER & MILLER, 1973, 1974; CURRAN, 1975; ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH, 1972; u.a.).

Die bereits erwähnten Analog-Studien von GREEN & MARLATT (1972) und MASTERS & BRANCH (1969) zur Modifikation von verbalem Verhalten bestätigen zwar den positiven Einfluß des Modell-Lernens, zeigen aber, daß er die Wirkung reiner Instruktion nicht erreicht.

Beobachtungslernen wurde effektiv zur Behandlung kindlicher Isolation eingesetzt. ROSS, ROSS & EVANS (1971) berichten über einen interessanten Fall, O'CONNOR (1969) beschreibt den Einsatz genauer und berichtet (1972) über ein Experiment mit Kindern, bei dem Modell-Lernen signifikante positive Ergebnisse brachte, die besser und stabiler waren als die von Verhaltensformung (shaping) und die einer Kontroll-Gruppe. Da aber auch die Kombination von

Modell-Lernen und Verhaltensformung nicht mehr brachte als Modell-Lernen alleine, ist anzunehmen, daß hier Angstreduktion im Vordergrund stand und nicht Verhaltensaufbau.

FRIEDMAN (1971) berichtet, daß Modell-Lernen besser als Kontrollgruppen selbstsicheres Verhalten ausbildet, aber einer Kombination mit Verhaltensübung unterlegen sei. Bei ihm lassen sich leider Instruktionsanteile nicht sauber vom Modell-Lernen trennen.

MELNICK (1971, 1973) zeigt bei der Behandlung kontaktängstlicher Studenten, daß Lernen am Modell eine signifikante Variable ist, aber auch, daß Kombinationen mit Video-Rückmeldung und Verhaltensübung noch effektiver sind.

GOLDSTEIN und Mitarbeiter (1973) berichten über drei Experimente mit hospitalisierten und ambulanten Echtklienten. Experiment 1 bestätigt, daß Modell-Lernen Effekte bringen kann, wenn das Modell sicheres Verhalten vormacht, weniger aber, wenn es unsicheres Verhalten zeigt. Experiment 2 zeigt, daß die Charakteristika der Modell-Person eine wichtige mediierende Bedeutung haben, und Experiment 3 vergleicht Modell-Lernen und Instruktion. Hier zeigt sich, wie erwähnt, kein Unterschied zwischen den Gruppen "Instruktion", "Modell-Lernen" und "Modell-Lernen und Instruktion".

Die Bedeutung von Verhaltensübung, Instruktion und Modell-Lernen wurde ebenfalls bei psychiatrischen Patienten von HERSEN, EISLER, MILLER, JOHNSON & PINKSTONE (1973) untersucht: Die Kombination von Modell und Instruktion war auf fünf von sieben Meßebenen beim Verhaltenstest am besten, während reines Modell-Lernen auf den restlichen zwei Ebenen als beste Gruppe hervorging, sich insgesamt aber nicht

signifikant von der reinen Instruktionsgruppe unterschied. Beide Variablen scheinen bedeutende Anteile zu sein, ihr Verhältnis wird aber nicht klarer.

McFALL und Mitarbeiter (1971 bis 1973) haben in Analog-Experimenten die Rolle von Modell-Lernen und Instruktion am genauesten untersucht: Modell-Lernen als Baustein ist in sämtlichen Experimenten nicht bestätigt worden. Modell und Verhaltensübung war reiner Verhaltensübung nicht überlegen. Modell, Instruktion und Verhaltensübung brachte nicht mehr als Instruktion und Verhaltensübung, während Instruktion und Verhaltensübung zwei signifikante, additiv wirkende Bausteine sind. Daraufhin wurden die Charakteristika der Modell-Personen variiert (zum Beispiel wie sicher und fordernd trat sie auf?). Schließlich wurde noch die Art der Modell-Darbietung geändert (audio - audiovisuell). Die Ergebnisse änderten sich nicht.

Aus den teilweise widersprüchlichen Ergebnissen können keine endgültigen Schlüsse gezogen werden. Relativ konsistent deuten die Studien darauf hin, daß die Rolle der Instruktion höher zu bewerten ist als die des Modell-Lernens. Andererseits muß festgehalten werden, daß die Rolle des Modell-Lernens beim Aufbau selbstsicherer Verhaltensweisen noch nicht genügend systematisch und hinreichend für verschiedene Zielverhaltensklassen und Populationen unter verschiedenen therapeutischen Bedingungen untersucht worden ist. Die Studien mit sehr stark gestörten Klienten scheinen zumindest positive Möglichkeiten anzudeuten (GOLDSTEIN und Mitarbeiter, HERSEN und Mitarbeiter).

2.3.6. Selbstregulationstechniken

Der Einsatz von Selbstregulationstechniken beim Selbstsicherheitstraining ist noch relativ wenig erforscht, wenngleich unsere theoretischen Überlegungen positive Ergebnisse erwarten lassen. Hier sollen Studien angeführt werden, die potentiellen Hinweischarakter für den Einsatz derartiger Techniken beim Selbstsicherheitstraining haben können.

MARSTON hatte 1965 darauf hingewiesen, daß das "Selbstkonzept" eine Art Superstruktur darstelle, das positive und negative Selbstbewertungen zusammenfasse. Er vermutet, daß Änderungen im Selbstkonzept über Veränderungen der Prozesse Selbstkritik und Selbstverstärkung (und mit ELLIS läßt sich vermuten: auch von Selbsterwartungen und -Instruktionen) Verhalten modifizieren können (siehe auch MARSTON & FELDMAN, 1972). Training in Selbstverstärkung nimmt für ihn einen zentralen Platz ein. Schon KANFER & MARSTON (1963a) sahen im Training von Selbstverstärkung die Grundlage eines "Selbstvertrauens-Trainings" (self-confidence training).

In diesem Zusammenhang muß daran erinnert werden, daß CLARK & ARKOWITZ (1973) nachweisen konnten, daß sozial Hochängstliche bei Verhaltenstests und anschließender Selbstbewertung wesentlich mehr negative und wesentlich weniger positive Selbsteinschätzungen lieferten als vergleichbar gute Niedrigängstliche. Ähnliche Ergebnisse werden von ARKOWITZ, LICHTENSTEIN, McGOVERN & HINES (1975) und SCHWARTZ & GOTTMAN (1974) berichtet. Über die selektive Informationsaufnahme und -Speicherung negativer Rückmeldungen hatten O'BANION & ARKOWITZ (1975) berichtet.

Zur therapeutischen Anwendung im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings liegen nur wenige Ansätze vor. Über sie soll im folgenden berichtet werden:

KROP, PEREZ & BEAUDIN (1972) konnten zeigen, daß der kontingente Einsatz verdeckter Verstärkung ('covert reinforcement', hier: eine angenehme Vorstellung) auf positive Selbstkonzept-Äußerungen hin in der Lage war, das Selbstkonzept positiv zu modifizieren. KROP, CALHOON & VERRIER (1971) führten diesen Ansatz auch bei Kindern erfolgreich durch.

KROP, MESSINGER und REINER (1973) zeigten, daß kontingente verdeckte Verstärkung (die in diesem Rahmen funktional als Selbstverstärkung aufzufassen ist), in der Lage ist, Blickkontakt aufbauen zu helfen.

Der erste systematische Einsatz von Selbstregulationstechniken im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings stammt von REHM & MARSTON (1968), die kontaktängstliche Studenten aufforderten, draußen, in der Wirklichkeit, schrittweise Kontakt-Aufgaben auszuführen und sich anschließend selber zu verstärken, indem sie sich Punkte dafür gaben. Da sie aber regelmäßig dem Therapeuten berichteten und für korrekte Arbeit von diesem gelobt wurden, ist nicht ganz klar, ob Übung und positive Erfahrung, Selbstverstärkung oder Fremdverstärkung den entscheidenden Einfluß ausübten. Nach neun Monaten zeigten sich immer noch deutliche Unterschiede zur Warteliste-Kontrollgruppe, und zwar auf Fragebogen wie Verhaltensmaßen.

Eine Replikation des Experimentes durch SCHINDLER (1975) war nicht erfolgreich.

Wie erwähnt, hatten SCHWARTZ & GOTTMAN (1974) gezeigt, daß die Selbstverbalisationen bei sozial Gehemmten die möglicherweise wichtigste Variable zur Aufrechterhaltung des Problems sei, wichtiger als zu hohe Aktivation im autonomen Nervensystem oder als Verhaltensdefizite. THORPE (1975) setzte hier therapeutisch an und verglich Selbstinstruktionstraining in der Gruppe (nach den Ideen von ELLIS und MEICHENBAUM, s.o.), das heißt, gezielte Modifikation destruktiver Selbstverbalisationen, mit einer Gruppendesensibilisierung und einer Gruppe, die eine Kombination von Modell-Lernen, Verhaltensübung und verbaler Rückmeldung erhielt. Alle drei Gruppen waren besser als die beiden Kontrollgruppen, Selbstinstruktion und die Kombinationstherapie waren beide der Desensibilisierungsgruppe überlegen, unterschieden sich aber nicht voneinander. THORPE überinterpretiert die Tendenzen ein wenig zugunsten der Selbstinstruktionsgruppe. In jedem Fall aber passen die Ergebnisse zu den oben dargestellten Grundlagenexperimenten und zeigen, daß mit systematischer Änderung destruktiver Selbstinstruktionen sehr viel zu erreichen ist.

WOLFE (1975, nach MEICHENBAUM, 1975) verglich die erwähnte Kombinationstherapie aus Verhaltensübung, Modell-Lernen und Rückmeldung mit einer Gruppe, die zusätzlich rationale-emotionale Therapie nach ELLIS (1962) erhielt. Genaue Angaben über die Operationalisierung des Ansatzes liegen im Moment nicht vor. Die Gruppen unterschieden sich nicht voneinander, wohl aber von zwei Kontrollgruppen. Diese Ergebnisse unterstützen diejenigen von THORPE nicht.

THORPEs und WOLFEs Therapie setzte sehr stark auf der verbal-intellektuellen Ebene an. RAMSEY (1975) fragte zu Recht, ob diese Therapie auch funktioniert,

wenn statt gehemmten Studenten wirklich gestörte Klienten anderer Schichten behandelt würden. Nun, das ist eine empirische Frage.

Die Ergebnisse belegen, daß wir es hier mit wichtigen, aber bestimmt nicht mit den einzig wichtigen Variablen zu tun haben, wie MEICHENBAUM es gerne darstellt. Kritisch muß auch angemerkt werden, daß die Konzepte von ELLIS (1962) relativ undifferenziert sind. Auch bei MEICHENBAUM kommt die unterschiedliche funktionale Qualität von Selbstverbalisationen viel zu kurz. Deswegen weiß man nie so genau, was eigentlich wirklich modifiziert wird.

Fremd- und Selbstinstruktionen hängen eng zusammen. Deshalb kann in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die Studie von HERSEN, EISLER und MILLER (1974) verwiesen werden, die versuchten, die Generalisierung und den Transfer durch gezielte Instruktionen positiv zu beeinflussen, bislang aber noch nicht sehr erfolgreich waren.

Bisher wurden Selbstregulations-Ansätze traditionellen Übungs-Ansätzen gegenübergestellt. In unserem darzustellenden Experiment wollen wir dagegen versuchen, Selbstregulation optimal in ein Verhaltenstraining einzubauen, um dessen Effektivität dadurch zu verbessern.

2.3.7. Sonstige Ansätze

LOO (1971) berichtet über den erfolgreichen Einsatz von "vorgestelltem Erfolg in der Realität" beim Rollenspiel als positivem Verstärker.

KAZDIN (1974) wendet die Techniken "verdeckte Modell-Fantasie" (covert modeling) mit und ohne vorgestellter Verstärkung für das Modell an: Die Klienten stellen sich für gegebene Situationen erfolgreiche Modelle vor (die sie nicht vorher real gesehen haben müssen). Diese etwas skurril anmutenden Techniken sind erfolgreich, können aber eventuell auf aktualisierte Erinnerungen früherer Modelle zurückgeführt werden.

SUSSKIND (1970) beschreibt ihre ISI-Technik (idealized self-image), die sie auch als Selbstvertrauenstherapie bezeichnet: Zur Modifikation des Selbstkonzeptes und negativer, sich selbst erfüllender Prophezeiungen entwickelt der Klient ein positives Selbstbild zusammen mit dem Therapeuten (Wie würde ich gerne sein), das nicht allzu unrealstisch ist, und versucht nun innerlich, Idealbild und Selbstbild übereinander zu schieben und zur Deckung zu bringen. Hier liegt eine Mischung von Autohypnose und Selbstinstruktion vor, die vielversprechend klingt (eigene Erfahrungen bestätigen das), aber experimentell noch nicht untersucht wurde.

CURRAN (1975) berichtet, systematische Desensibilisierung sei genauso gut wie Selbstsicherheitstraining. Aufgrund der knappen Darstellung ist die Studie schwer interpretierbar. Die Ergebnisse widersprechen denen von THORPE (1975), bei dem Selbstsicherheitstraining (Verhaltensübung, Modell, Rückmeldung) einer Desensibilisierung signifikant überlegen war.

WEINMAN, GELBERT, WALLACE & POST (1972) fanden bei Schizophrenen Desensibilisierung weniger effektiv wie soziales Kompetenztraining (hier: eine nicht näher spezifizierte Form gegenwartsorientierter Gruppentherapie, bei der Kontaktängste und Ver-

schlossenheit über acht Monate behandelt werden sollten).

LAZARUS (1971) berichtet, daß es bei hochängstlichen Klienten sinnvoll sein kann, die Rollenspiele erst einmal in Tiefentspannung durchzugehen (rehearsal desensitization), berichtet aber keine Daten. Es liegt aber nahe, daß es sich hier um ein sinnvolles Verfahren handelt.

Über erfolgreiche Versuche, Selbstsicherheitstraining in Gruppen durchzuführen, berichten HEDQUIST & WEINHOLD (1970), WEINMAN, GELBERT, WALLACE & POST (1972), RATHUS (1972), LAZARUS (1971, 1974), McDONALD, LINDQUIST, KRAMER, McGRATH & RHYNE (1975), THORPE (1975) und ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH (1971, 1972 und 1976). Die Ansätze unterscheiden sich natürlich stark voneinander. Nur die Arbeiten von THORPE und ULLRICH de MUYNCK & ULLRICH genügen methodischen Ansprüchen. Gruppentherapie ist meines Wissens nie mit Einzeltherapie verglichen worden. Es ist aber anzunehmen, daß im Gruppenrahmen Lernprozesse besonderer Art möglich sind (ZIMMER & FIEDLER, 1974).

2.3.8. Effektivitätsvergleiche verschiedener Bausteinkombinationen

Es ist sehr leicht, bei der großen Zahl der Untersuchungen die Übersicht zu verlieren und wichtige Vergleichskriterien zu vergessen. Deswegen soll im folgenden eine grobe Übersicht über die wichtigeren der zitierten, methodisch akzeptablen Studien gegeben werden. Nur Arbeiten, die direkt mit Selbstsicherheitstraining im beschriebenen Sinne zu tun haben, werden hier erwähnt. Folgende Abkürzungen werden verwandt:

Vpn = Versuchspersonen
KG = Kontrollgruppe
C+ = positive Verstärkung
Ø+ = Löschung, Mißerfolg
Instr. = Instruktion
Mod. = Modell-Lernen
VÜ = Verhaltensübung
Vid. = Videorückmeldung
T.band = Tonbandrückmeldung
SIT = Selbstinstruktionstraining

FRIEDMAN, 1971:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: gemischt
Dauer: 1 x 10 Min.
Meßebene: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: (VÜ + Mod.) = VÜ (improvisiert)
〉 VÜ (Stand.) 〉 KG.

FORSTER, 1974:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: Fordern, Durchsetzen
Dauer: 8 x 1 Std.
Messung: Fragebogen (U, EMI, u.a.), Verhaltenstest
Ergebnisse: (VÜ + C+) = (VÜ + Ø+) 〉 KG.

GOLDSTEIN, MARTENS, HUBBEN, v. BELLE, SCHAAF, WIERSMA & GOEDHART, 1973:
Vpn: Psychiatr. Patienten
Verhaltensklasse: gemischt
Dauer: 1 Sitzung
Messung: Fragebogen, Verhaltenstests
Ergebnisse: (Mod. + Instr.) = Instr. = Mod.

HERSEN, EISLER, MILLER, JOHNSON & PINKSTONE, 1973:
Vpn: Psychiatr. Patienten
Verhaltensklasse: gemischt
Dauer: 6 Sitzungen
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: (Mod. + Instr.) = Instr. = Mod. 〉 VÜ = KG.

HERSEN, EISLER & MILLER, 1974:
Vpn: Psychiatr. Patienten
Verhaltensklasse: gemischt
Dauer: 1 Sitzung
Messung: Fragebogen, Verhaltenstests
Ergebnisse: (Mod. + Transfer-Instr.) $\geq$ (Mod. + Instr.) $>$ VÜ = KG.

TWENTYMAN & McFALL, 1975:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: heterosex. Kontakte
Dauer: 3 x 1 Std.
Messung: Fragebogen, Verhaltenshäufigkeiten
Ergebnisse: VÜ + Mod. + Instr. $>$ KG.

GOLDSTEIN, 1973:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: gemischt
Dauer: 1 Sitzung
Messung: Fragebogen, Verhaltenstests
Ergebnisse: VÜ + Mod. + C+ $>$ KG's.

McFALL & MARSTON, 1970:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: Nein-sagen
Dauer: 4 x 1 Std.
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: VÜ $\leq$ (tendenziell) VÜ + T.band $>$ KG.

McFALL & LILLESAND, 1971:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: Nein-sagen
Dauer: 2 x 1 Std.
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: VÜ $\geq$ (tend.) VÜ + T.band $>$ KG.

McFALL & TWENTYMAN, 1973:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: Nein-sagen
Dauer: 2 x 1 Std.
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: (VÜ + Instr. + Mod.) = (VÜ + Instr.) $\rangle$
(VÜ + Mod.) = VÜ $\rangle$ KG.

McGOVERN, ARKOWITZ & GILMORE, 1975:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: heterosex. Kontakte
Dauer: 6 Sitzungen
Messung: Fragebogen, Verhaltenshäufigkeiten
Ergebnisse: VÜ (in der Therapie) = VÜ (in vivo) $\rangle$ KG.

MELNICK, 1973:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: heterosex. Kontakte
Dauer: 4 x 40 Min.
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: (VÜ + Mod. + Vid.) $\rangle$ (VÜ + Mod. + Vid. + C+)$\rangle$
(VÜ + Mod.) $\rangle$ Mod. $\rangle$ KG.

THORPE, 1975:
Vpn: Studenten
Verhaltensklasse: Nein-sagen
Dauer: 6 Sitzungen
Messung: Fragebogen, Verhaltenstest
Ergebnisse: SIT = (VÜ + Mod.) $\rangle$ Desensib. $\rangle$ KG's.

GREEN & MARLATT, 1972:
Vpn: normale Studenten
Verhaltensklasse: Affektive Verbalisationen
Dauer: 1 Std.
Messung: Verhaltenstest
Ergebnisse: Instr. $\rangle$ Mod. $\rangle$ KG.

O'CONNOR, 1972:
Vpn: ängstliche Kinder
Verhaltensklasse: soziale Kontakte
Dauer: unklar
Messung: Verhaltensbeobachtung
Ergebnisse: (Mod. + C+) = Mod. > C+

In diese Übersicht wurden nur Studien aufgenommen, die verschiedene Verfahren experimentell verglichen. Deswegen erschienen hier einige Arbeiten nicht, die bei der Literaturübersicht erwähnt wurden.

3. BERICHT ÜBER EIN EXPERIMENT ZUR BEDEUTUNG VON SELBSTREGULATIONSPROZESSEN BEIM SELBSTSICHERHEITSTRAINING

3.1. Ausgangsüberlegungen und Ableitung der experimentellen Hypothesen

In Kapitel 2.3.6. haben wir über vorliegende Experimente berichtet, die Hinweise zum Einsatz von Selbstregulationstechniken beim Selbstsicherheitstraining geben können. Der einzige direkt verwertbare Versuch, der zu Beginn unserer Arbeit vorlag, war die Arbeit von REHM & MARSTON (1968).

Wir wollen hier kurz auf die Schwierigkeiten bei der Interpretation der Ergebnisse von REHM und MARSTON eingehen, um daraus Folgerungen für unseren Ansatz abzuleiten.

- REHM und MARSTON zeigen, daß ihre Therapie besser als eine Placebo- und als eine Warte-Liste-Kontrollgruppe abschneidet. Sie haben aber nur eine einzige experimentelle Therapie-Gruppe. Deswegen kann hier nur die Effektivität des Gesamtverfahrens nachgewiesen, nicht aber die Bedeutung einzelner Therapie-Variablen untersucht werden.

- Die Klienten bekamen
  a) immer schwieriger werdende Hausaufgaben
  b) Instruktionen zu deren Ausführung
  c) Instruktionen zur Selbstverstärkung und
  d) Fremdverstärkung für korrektes Ausführen der Aufgaben.

REHM und MARSTON erkennen an, daß weitere Experimente notwendig sind, um die Wirkmechanismen und die relativen Anteile der einzelnen Therapie-Variablen zu bestimmen.

Um den Anteil von Selbstregulationstechniken zu untersuchen, müssen wir also mehrere experimentelle Gruppen einrichten, die sich genau durch die in Frage stehende Variable unterscheiden.

THORPE (1975) versuchte einen anderen Weg zu gehen, indem er zwei Gruppen miteinander verglich: Traditionelle Verhaltensübung und Selbstinstruktions-Training. Aber auch bei diesem Vorgehen ist es unmöglich, die Frage nach der relativen Bedeutung einzelner Verfahren zu beantworten. Auch hier können nur generelle Aussagen über unterschiedliche Effektivität von Therapie-Formen gemacht werden.

Das Interesse der vorliegenden Arbeit soll nun nicht darin bestehen, die Effektivität irgendwelcher Therapie-Formen nachzuweisen, weder die des Selbstsicherheitstrainings, noch die von Selbstregulationstechniken. Es kann auch nicht darum gehen, Verhaltenstraining und Selbstregulationstraining unvermittelt gegenüberzustellen.

Wir gehen davon aus, daß sich Selbstregulation oder Selbststeuerung immer auf irgend etwas beziehen muß und als abstrakter Vorgang nur in theoretischen Modellen vorkommt, die von Inhalten absehen. In der Realität bezieht sich Selbstregulation immer auf Erleben und Verhalten in problematischen Situationen.

Verhaltensänderung und Selbstregulation hängen also eng zusammen.

Zweitens haben wir gesehen, daß soziale Unsicherheit durch mehrere Faktoren, durch Angst oder Hemmung, durch Verhaltensungeschicklichkeit, aber auch durch ungünstige Selbstregulationsmechanismen aufrechterhalten werden kann. Wir gehen deshalb davon aus,

daß diese drei Mechanismen nicht unabhängig voneinander sind[1].

Aus diesen Überlegungen folgt, daß wir Verhaltenstraining und Selbstregulation nicht trennen und gegenüberstellen sollten. Vielmehr gilt es eine Kombination beider Ansätze zu finden. Wir wollen dann sehen, ob die Kombination von Verhaltenstraining und Selbstregulationstraining bessere Ergebnisse ermöglicht als ein reines Verhaltenstraining.

Indem wir zwei experimentelle Gruppen einführen, von denen eine ein herkömmliches Verhaltenstraining bekommt (Experimentelle Gruppe 1), die andere aber die beschriebene Kombination (Experimentelle Gruppe 2), können wir den relativen Anteil von Selbstregulationstechniken näher bestimmen. Dieser Anteil läßt sich natürlich besser interpretieren, wenn zum Vergleich Werte einer nicht behandelten Kontrollgruppe vorhanden sind. Bezogen auf die tatsächliche Effektivität des Verhaltenstrainings läßt sich dann besser abschätzen, ob Selbstregulationstechniken viel, wenig oder gar nichts hinzugefügt haben.

Die unabhängige Variable, der unser Interesse gilt, ist also der Baustein "Selbstregulationstraining". Wie wir aber seit KANFER wissen (siehe Kapitel 2.2.3.1.), haben wir es hier mit mehreren Unterprozessen zu tun, deren relative Bedeutung noch unklar ist. Unsere Frage ist aber grundsätzlicher Natur, uns interessiert die Bedeutung von Selbstregulationstraining überhaupt. Erst wenn diese Bedeutung gesichert

---

[1] So kann man sich vorstellen, daß Angst Lernprozesse verhindert, was zu Verhaltensschwierigkeiten führt. Die Unfähigkeit, soziale Konflikte zu bewältigen, mag zu einem negativen Selbstwertgefühl führen, welches seinerseits Angst provoziert und Lernen verhindert.

ist, können einzelne Teilvariablen untersucht werden. Die Operationalisierung dieses Selbstregulationstrainings muß an späterer Stelle vorgenommen werden.

Unsere allgemeinen Erwartungen und Hypothesen können folgendermaßen formuliert werden:

Allgemeine Hypothesen:

Hypothese 1:

Kombinationstraining (das heißt also Verhaltenstraining mit eingebautem Selbstregulationstraining) ist effektiver als reines Verhaltenstraining.

An dieser Stelle muß kurz ausgeführt werden, was wir unter "Effektivität" verstehen wollen. Wir werden im folgenden, wenn wir von Effektivität sprechen, über drei Bereiche berichten, die jetzt ausgeführt, aber erst in späteren Kapiteln genau bestimmt und operationalisiert werden können:

1. "Angst und Unsicherheit"
   Wir erwarten in Hypothese eins für das Kombinationstraining eine stärkere Abnahme der

   - generellen Selbstunsicherheit,
   - der Unsicherheit in der zu trainierenden Verhaltensklasse, sowie eine stärkere Abnahme der
   - Angst vor den Konfliktsituationen, die während der Therapie bearbeitet werden.

2. "Selbstbewertung und Normabhängigkeit"
   Wir erwarten in Hypothese eins für das Kombinationstraining eine stärkere Abnahme der

   - Selbstunzufriedenheit bezogen auf die erlebte eigene Selbstsicherheit und auf die Fähigkeit, Forderungen zu stellen,

- der Schuldgefühle bei selbstsicherem Verhalten, sowie
- einer übertriebenen Abhängigkeit von Normen und Konventionen.

Weiterhin erwarten wir eine stärkere Zunahme der

- Akzeptierung eigenen Verhaltens (Selbstverstärkung).

3. "Verhaltensgeschicklichkeit"

Nach Hypothese eins erwarten wir eine stärkere Zunahme in der Verhaltenskompetenz, eine Verbesserung des Verhaltensrepertoires bei der Kombinationstherapie.

Hypothese 2:

Wir erwarten eine größere Stabilität des Lernfortschrittes über die Zeit bei der Kombinationstherapie.

Das heißt, nach dieser Hypothese werden bei einer Nachkontrolle die Differenzen zwischen Verhaltenstraining (experimentelle Gruppe 1, kurz EG 1) und Kombinationstraining (EG 2) konstant bleiben oder sogar noch größer werden. Diese Prognose gilt für die oben beschriebenen Komplexe "Angst und Unsicherheit", "Selbstunzufriedenheit" und "Verhaltensgeschicklichkeit".

Hypothese 3:

Wir erwarten, daß die Kombinationstherapie (EG 2) nach Ende der Therapie und vor allem bei der Nachkontrolle eine stärkere Generalisierung auf nicht direkt trainierte Dimensionen selbstsicheren Verhaltens zeigen wird.

Dazu wird es nötig sein, für das Training eine fest definierte Zielverhaltensklasse auszuwählen, aber auch andere Klassen zu den verschiedenen Zeitpunkten zu messen.

Hypothese 4:

Selbstverständlich erwarten wir auch, daß beide Therapieverfahren sich deutlich von der unbehandelten Warte-Liste-Kontrollgruppe abheben.

Die Hypothesen müssen konkretisiert, in einen Versuchsplan überführt und auf konkrete Meßverfahren bezogen werden. Dies soll im folgenden geschehen.

3.2. Die Planung des Experimentes: Zur Operationalisierung der Hypothesen

Im folgenden wollen wir überlegen, wie die experimentelle Untersuchung angelegt sein muß, um die allgemein formulierten Hypothesen überprüfen zu können. Dabei werden wir teils auf die dargestellte empirische und theoretische Literatur zurückgreifen, teils über eigene Vorarbeiten berichten.

Nach der Darstellung der Entwicklung der Trainingssituationen und der Ableitung des strukturellen Ablaufes der beiden Trainingsprogramme werden wir Fragen der Versuchspersonen- und Therapeuten-Charakteristika anschneiden. Anschließend sollen die Meßmittel vorgestellt werden, wobei die Entwicklung des Verhaltenstests und seiner Analyse längere eigene Vorarbeiten notwendig machte.

3.2.1. Die Zielverhaltens-Klasse und die Entwicklung der Trainings-Situationen

Als zu trainierendes Verhalten wurde gewählt: "Wünsche äußern, Forderungen stellen, berechtigte Interessen aktiv wahrnehmen". Diese Verhaltensklasse stellte bei der Faktorenanalyse von ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (s.o.) einen unabhängigen Faktor dar. Die Wahl fiel auf diesen Faktor, weil er kaum untersucht wurde (abgesehen von FORSTER, 1973) und weil er besser geeignet ist, die Klienten während des Rollenspiels zu aktivem Auftreten und Mitspielen zu stimulieren, als dies beispielsweise bei der Verhaltensklasse "Nein-sagen" der Fall ist, wo der Klient nur "re"-agieren muß.

Zunächst galt es, ein Trainingsprogramm mit 18 Übungs-Situationen zu entwickeln. Denn insgesamt sollten 6 Trainingsstunden abgehalten werden, in denen je drei Konflikt-Situationen durchgearbeitet werden.

Die Übungs-Situationen, die im Anhang einzusehen sind, wurden auf folgende Weise gewonnen:
Zunächst wurden etwa 30 Situationen aus verschiedenen Programmen (zum Beispiel dem ATP - siehe Kapitel 2.2.4. -), aus der allgemeinen Literatur und aufgrund der eigenen klinischen Erfahrungen aufgestellt. Diese wurden anschließend von acht verschiedenen Beurteilern (Studenten und Freunde, davon vier männlichen und vier weiblichen Geschlechts) jeweils in eine Rangreihenfolge gebracht und kommentiert. Dies führte zur Umformulierung und Eliminierung einzelner Situationen. Die endgültige Auswahl der 18 Übungs-Situationen erfolgte aufgrund der Rangwerte (möglichst gleichmäßiger Anstieg in der Schwierigkeit) und aufgrund inhaltslogischer Überlegungen zur repräsentativen Bedeutung der Situationen.

Hier sei ein weiterer Vorgriff erlaubt: Bei der Nachbesprechung für die Versuchspersonen nach Abschluß der Therapie, bei der in großen Zügen über Versuchsplan und erste Ergebnisse der Studie berichtet und darüber diskutiert wurde, äußerten sich einige Versuchspersonen zum Schwierigkeitsanstieg der Übungs-Situationen: Von den etwa 25 Anwesenden fanden sechs die Anfangsübungen zu leicht und vier die Schwierigkeitssteigerung zum Ende des Trainings (ab vierte Sitzung) zu steil. Die restlichen Teilnehmer schienen den Schwierigkeitsanstieg für angemessen zu halten oder äußerten sich nicht zu dieser Frage. Wir konnten davon ausgehen, daß die Trainings-Situationen stetig schwieriger werden, mußten aber in Kauf nehmen, daß die Hierarchie für einzelne Teilnehmer nicht optimal sein würde. Ein optimaler Schwierigkeitsanstieg kann nur durch individuelle Hierarchie-Anpassungen erreicht werden, eine Maßnahme, die wir aus Gründen der Standardisierung nicht vornehmen wollten. Bei einer genügend großen Zahl von Versuchspersonen konnten wir annehmen, daß sich die Versuchspersonen gleichmäßig über die Gruppen verteilen würden, für die die Hierarchie nicht optimal konstruiert war. Von einer genauen Überprüfung dieser Variable wurde daher abgesehen.

3.2.2. Die Entwicklung der standardisierten Trainingsprogramme: Struktur und Aufbau der Trainings-Sitzungen

Ausgehend von der dargestellten Literatur wollen wir zunächst das standardisierte Verhaltenstraining (EG 1) ableiten und seine einzelnen Bausteine bestimmen. Anschließend muß unsere "unabhängige Variable", bestehend aus mehreren zusammengehörenden Selbstregulationstechniken, entwickelt werden, um

nun mit dem Verhaltenstraining zur Kombinationstherapie (EG 2) vereint zu werden.

Wir können an dieser Stelle nicht alle mühsamen und oft vergeblichen Vorüberlegungen wiedergeben. Erwähnt sei, daß wir uns von dem Prinzip leiten ließen, daß die Gruppen sich möglichst nur durch die unabhängige Variable unterschieden. Das heißt, Variablen, wie Dauer der Therapie, therapeutische Zuwendung und andere mußten konstant gehalten werden. So dürfte zum Beispiel die Kombination von Verhaltenstraining und Selbstregulationstraining nicht doppelt soviel Zeit in Anspruch nehmen, weil die Dauer der therapeutischen Zuwendung alleine bereits eine wichtige konstant zu haltende Variable darstellt.

Nach einigen vergeblichen Konstruktionsversuchen und verschiedenen Diskussionen gelang es, ein Verfahren zu finden, bei dem praktisch alle wichtigen Variablen konstant gehalten werden konnten. Darüber wird noch berichtet.

3.2.2.1. Das Verhaltenstraining (EG 1)

Im Kapitel 2.3. wurden beim Überblick über die empirische Literatur folgende Techniken für das Selbstsicherheitstraining herausgearbeitet:

- Verhaltensübung oder Rollenspiel,
- operante Verstärkung,
- Instruktion,
- Video-Aufzeichnung und -Rückmeldung,
- Modell-Lernen,
- Selbstregulationstechniken und
- sonstige Techniken.

Um Selbstregulationstechniken, die unsere unabhängige Variable darstellen, sowie um "sonstige" Techniken wollen wir uns an dieser Stelle nicht kümmern. Modell-Lernen wollen wir ebenfalls nicht berücksichtigen, weil seine Rolle noch umstritten und ungewiß ist und erst in weiteren empirischen Untersuchungen geklärt werden kann.

Unser Verhaltenstraining enthält deshalb folgende Techniken:

- Verhaltensübung oder Rollenspiel,
- operante Verstärkung,
- Instruktion und
- Video-Rückmeldung.

Der konkrete Ablauf der Therapie-Stunde soll erst beschrieben werden, wenn das Kombinationstraining (EG 2) abgeleitet wurde. Auch über viele Bedingungen, die konstant gehalten werden müssen, soll erst weiter unten berichtet werden.

Eine Anmerkung soll an dieser Stelle gemacht und weiter unten wieder aufgegriffen werden: Es kann mit Recht gefragt werden, weshalb der Baustein "Video-Rückmeldung" in das Verhaltenstraining aufgenommen wurde. Denn wie wir in Kapitel 2.3.3. herausgearbeitet haben, ist Video-Rückmeldung ebenfalls nicht unproblematisch. Weiterhin kann argumentiert werden, daß Video-Rückmeldung ja bereits als Selbstkonfrontation eine Basis-Technik für Selbstregulationstraining darstelle.

Richtig daran ist, daß Video-Rückmeldung als eine besonders genaue Rückmeldung und spezielle Form von Selbstbeobachtung anzusehen ist. Selbstreaktionen werden erleichtert, aber nicht systematisch beein-

flußt. Wir sind in unserer Studie jedoch nicht primär an Video-Rückmeldung interessiert, sondern an bestimmten Selbstregulationstechniken, die eine genaue Selbstbeobachtung zur Voraussetzung haben. Wie spätestens bei der Beschreibung der beiden standardisierten Stunden-Abläufe deutlich werden wird, stellt der Einsatz der Video-Rückmeldung eine gute Möglichkeit zur weitgehenden Parallelisierung des Therapieablaufes und damit zur Konstanthaltung wichtiger Variablen dar (zum Beispiel Dauer der Therapiesitzung).

3.2.2.2. Selbstregulationstechniken, die "unabhängige Variable"

In Kapitel 2.3.6. hatten wir bereits deutlich gemacht, daß wir mehrere Teilprozesse unterscheiden können. Deren relative Bedeutung interessiert uns an dieser Stelle nicht. Deshalb werden unter der unabhängigen Variablen mehrere Prozesse zusammengefaßt.

Da die Voraussetzung für Selbstregulationstechniken, nämlich die genaue Selbstbeobachtung bereits im Verhaltenstraining gegeben ist, soll unsere unabhängige Variable folgende Bausteine umfassen:

- Kriterien zur Bewertung von Verhalten sollen gesetzt und rational begründet werden,
- Selbstinstruktion,
- Selbstbewertung und Selbstverstärkung.

3.2.2.3. Die Entwicklung des Kombinationstrainings (EG 2)

Während beim reinen Verhaltenstraining (EG 1) die Instruktion vom Tonband oder Therapeuten erfolgt, instruieren sich die Klienten beim Kombinationstraining (EG 2) zusätzlich selber. Dazu sollen sie abgezogene Vorlagen erhalten, anhand derer sie sich klarmachen sollen, auf welche Verhaltensaspekte sie beim folgenden Rollenspiel besonders achten wollen. In dieser Selbstinstruktionsvorlage sind selbstverständlich implizite Bewertungskriterien enthalten, die expliziert, begründet und falls unklar, vom Therapeuten ausführlicher rational abgeleitet werden sollten.

Die Video-Rückmeldung soll beim Verhaltenstraining (EG 1) die Grundlage für Fremdverstärkung, beim Kombinationstraining (EG 2) dagegen Grundlage für Selbstbewertung und Selbstverstärkung sein. Verstärkung durch den Therapeuten wird beim Kombinationstraining (EG 2) nicht einfach für gutes Verhalten (wie bei EG 1), sondern für adäquate Selbstbewertung und -verstärkung gegeben.

Zusammenfassend kann man die therapeutischen Techniken beider Gruppen folgendermaßen darstellen:

Experimentelle Gruppe 1 (EG 1), Verhaltenstraining:

1. Kurzinstruktionen für die Übungen (siehe Anhang),
2. Rollenspiel oder Verhaltensübung,
3. Video-Rückmeldung,
4. Positive operante Verstärkung (Signallampe und deskriptive Verbalisation, zum Beispiel: "Hier haben sie sehr deutlich gesprochen..."), simultan zur Video-Rückmeldung.

Experimentelle Gruppe 2 (EG 2): Verhaltenstraining mit eingebautem Selbstregulationstraining

1. Kurzinstruktionen wie EG 1, plus: Liste mit Kriterien angemessenen Verhaltens (siehe Anhang) für Selbstinstruktion (Worauf will ich achten? Worauf muß ich aufpassen?),
2. Rollenspiel oder Verhaltensübung,
3. Video-Rückmeldung,
4. Selbstbewertung anhand der Kriterienliste und Selbstverstärkung (bedient Signallampe selber und verbalisiert, was gut war),
5. Fremdverstärkung durch Therapeuten für adäquate Selbstverstärkung, nicht für Verhalten auf dem Bildschirm. Bei Unsicherheit des Klienten bezüglich der Kriterien: "Rationale" Begründung und Ableitung statt nur deskriptiver Hinweise durch den Therapeuten.

Anmerkung:

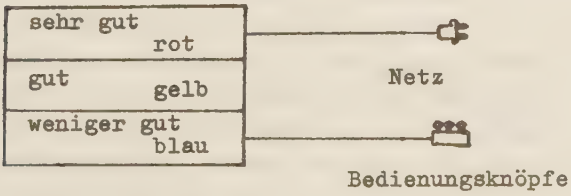
Nun kann mit Recht darauf hingewiesen werden, daß auch bei EG 1 Selbstregulationsprozesse ablaufen können, zumal auch hier Video-Rückmeldung, also Selbstkonfrontation, vorgesehen ist. Dazu ist folgendes zu sagen: Aller Wahrscheinlichkeit nach spielen Selbstregulationsprozesse immer eine Rolle (BANDURA, 1974) und können nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen kann nur in der Systematik liegen, mit der bei EG 2 Selbstregulationsprozesse stimuliert und verändert werden. Die Bedeutung der Video-Rückmeldung sowie die tragenden Prinzipien sind bei weitem noch nicht geklärt. Bei dieser Versuchsanordnung war der Einsatz bei den Gruppen nötig, um den Ablauf optimal zu standardisieren.

3.2.2.4. Beschreibung des geplanten standardisierten Ablaufes der Therapie-Sitzungen bei den beiden Versuchsgruppen

Beide Gruppen erhalten eine abgezogene allgemeine Instruktion über Art und Zweck des Trainings, wobei die Instruktion für EG 2 wegen des anderen Verfahrens etwas anders formuliert ist (siehe Anhang).

Der standardisierte Ablauf einer Trainingsstunde beim Verhaltenstraining (EG 1)

Vom Tonband wird die Übungssituation zusammen mit einer Kurzinstruktion abgehört. Daraufhin spielen Klient und Therapeut die Situation und sehen sich anschließend das Rollenspiel im Fernsehen an. Während der Film läuft, bedient der Therapeut ein Signallämpchen mit drei Lampen, das auf dem Fernsehgerät steht.



Bei besonders guten Fortschritten drückt er "sehr gut", sonst "gut" oder gar nicht. "Weniger gut" leuchtet höchstens einmal pro Stunde auf, um den Versuchspersonen die Differenzierung von "kein Lämpchen leuchtet" und "schlechte Leistung" zu ermöglichen. So wird versucht, der Gefahr zu entgehen, daß das Nicht-auftreten des Verstärkers als Strafreiz aufgefaßt wird (reinforcement-contrast-effect, BUCHWALD, 1959).

Verstärkungen sollen bei relativem Therapiefortschritt nicht auf absolute Leistungen hin erfolgen um Verhaltensausformungen zu erreichen.

Während die Lampe aufleuchtet, gibt der Therapeut kurze deskriptive Erklärungen, auf was sich der Verstärker bezieht ("Hier fand ich jetzt gut, wie Sie mich angesehen haben").

Nach diesen Rückmeldungsprozessen erhält die Versuchsperson die Möglichkeit für einen zweiten Rollenspiel-Durchgang, der in derselben Weise auf dem Bildschirm betrachtet und begutachtet wird. Auf diese Weise werden drei Situationen pro Stunde durchgearbeitet.

Kombinationstraining (EG 2):

Die Stunde unterscheidet sich von der EG 1 - Stunde dadurch, daß die Versuchsperson sich vor dem Rollenspiel innerlich kurz klar macht, worauf sie achten will (anfangs mit dem Instruktionsblatt, aber so schnell wie möglich auswendig) und anschließend beim Video-Rückspiel das Verstärkerlämpchen selber bedient. Sie ist dabei angewiesen, ihre Aufmerksamkeit auch auf nur kleine positive Therapiefortschritte zu richten, die sie an den Kriterien, die sie bei der Selbstinstruktion verwandt hat, orientieren kann. Die Versuchsperson muß dabei ebenfalls verbalisieren, was sie gut fand, um innere Vermeidungstendenzen (unbeteiligtes Drücken) zu verhindern. Damit ist gemeint, daß die Versuchsperson der Angst und auch Anstrengung, die bei einer konzentrierten Beobachtung und Begutachtung der eigenen Leistung auftreten mögen, durch gelegentliches, mechanisches und unbeteiligtes Drücken der Signallampe aus dem Weg gehen könnte. Denn derartige Selbstverstärkung fällt

nach unserer klinischen Erfahrung gerade unsicheren Klienten unsäglich schwer. Anfangs lachen sie oft unsicher, sind verkrampft und koppeln Selbstverstärkung an immense Selbstkritik. Folgende Techniken werden als Hilfestellung systematisch angewandt:

- Genaue Erklärung des Prinzips und der Bedeutung von Selbstverstärkung und Selbstabwertung,

- Aufforderung oder Hinweise, vor allem in den ersten zwei Sitzungen (sogenannte "prompts"), zum Beispiel:
  "Jetzt müssen Sie aber drücken. Hier würde ich mich aber selbst verstärken." etc.,

- Kontinuierliche Verstärkung auf die gelungene Selbstverstärkung (Kopfnicken, zustimmende Geste, Mhm, "Das finde ich auch", etc.). Die Therapeuten müssen instruiert werden, diese Verstärkungen so wenig künstlich wie möglich abzugeben und sollen entsprechend trainiert werden.

- Bei Kriterienproblemen (Wie bewerte ich dieses Rollenspiel, woran orientiere ich meine Bewertung?) half der Therapeut mit rationaler Begründung von Kriterien, die sich oft an Strukturmerkmalen der Situation wie der Zielverhaltensklasse orientierten, zum Beispiel:
  "Hier ist es günstiger, zuerst Ihren Wunsch zu äußern und ihn erst anschließend zu begründen, wobei ihre Gefühlslage durchaus Teil der Begründung sein sollte. Es ist leichter für Ihren Gesprächspartner, wenn er die entscheidende Information am Anfang erhält, nämlich, worauf Sie hinaus wollen. Sie helfen Ihrem Gesprächspartner auch, wenn Sie ihm zeigen, daß Sie auch seine Gefühlslage verstehen. Deswegen brauchen Sie sich aber nicht für Ihre berechtigten Wünsche zu entschuldigen. ..."

3.2.3. Relevante Variablen, die konstant gehalten werden müssen

Die Standardisierung des Therapie-Verlaufes ist eine wesentliche Vorbedingung, um die Ergebnisse adäquat interpretieren zu können. Unterschiedliche Entwicklungen zwischen den Gruppen können aber nur dann durch die Wirkung der unabhängigen Variablen erklärt werden, wenn keine bedeutsame andere Bedingung existiert, die eine der beiden Gruppen stärker beeinflußt.

Neben dem standardisierten Trainingsprogramm müssen noch eine Reihe weiterer Bedingungen bedacht werden:

1. Die Versuchspersonen

Aufgrund unseres großen Bedarfs an Versuchspersonen war es nicht möglich, mit einer Erziehungsberatungsstelle oder einer Klinik zusammenzuarbeiten. Wir entschieden uns daher dafür, durch Aushänge in den Mensen der Stadt und in einigen Universitäts-Instituten mögliche Interessenten anzusprechen. Bei der Formulierung wollten wir darauf achten, nur ernsthaft Interessierte anzusprechen (siehe Anhang), da wir aus Gründen der Repräsentativität nur Versuchspersonen suchten, die tatsächlich ein gewisses Maß an sozialer Unsicherheit zeigten.

Ausschlußkriterien für die Teilnahme am Experiment sollten sein:

- Teilnahme an einer anderen Therapie,
- Desinteresse: Auch bei einer genauen Formulierung des Aushanges werden immer einige Personen den Text falsch verstehen und erst bei der wiederholten Erklärung bei der Voruntersuchung feststellen, daß das Projekt für sie nicht von persönlichem Interesse ist.

- Personen, die bei der Vorbesprechung merkten, daß ihre Problematik in einem ganz anderen Bereich lag und kurzfristige eine Therapie beginnen wollten.

Personen, die sich meldeten, aber nicht ins Experiment aufgenommen werden konnten, sollten außerhalb des Experimentes von uns therapeutisch versorgt werden.

Verteilung der Versuchspersonen auf die Gruppen:

Diejenigen, die am Experiment teilnahmen, sollten nach folgenden Kriterien gleichmäßig auf die drei Gruppen verteilt werden (wobei wir die Warte-Kontrollgruppe anderthalb mal so groß wie eine experimentelle Gruppe machen wollten):

1. Geschlecht
2. Alter
3. Intelligenz
4. Generelle soziale Unsicherheit
5. Angst zu fordern.

Da wir zur Messung der Intelligenz kein ganz exaktes Maß mit detaillierten Angaben zu einzlnen Intelligenz-Faktoren benötigten, andererseits aber einen Test suchten, der schnell und in der Gruppe durchgeführt werden konnte und für Schüler und Studenten geeignet schien, entschlossen wir uns, den DST (Denksport-Test, LIENERT, 1964) anzuwenden, der anhand von Denksport-Aufgaben generelle Problemlöse-Fähigkeit messen will. Dies Verfahren schien uns zur Verteilung der Versuchspersonen ausreichend.

Generelle soziale Unsicherheit und Angst zu fordern sollten mit dem Unsicherheitsfragebogen (ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH, noch unveröffentlicht, siehe Anhang) mit den Unterskalen 1 und 5 gemessen werden.

2. Therapeuten

Da mehrere Hundert Therapiestunden durchgeführt werden mußten, entschlossen wir uns, Psychologie-Studenten nach dem Vordiplom als Therapeuten teilnehmen zu lassen. Voraussetzung sollte eine gründliche theoretische Einarbeitung und ein intensives praktisches Vortraining sein. Darüber wird in Kapitel 3.3. berichtet.

Trotz dieses Vortrainings mußten wir annehmen, daß hinsichtlich Erfahrung, persönlicher Geschicklichkeit im Umgang mit den Klienten und anderen Persönlichkeitseigenschaften der Therapeuten eine gewisse Streuung nicht vermeidbar war. Deshalb konnten wir die Variable "Therapeuten-Effekt" nur dadurch ausschließen, daß beide Gruppen dieselben Therapeuten bekamen, das heißt, daß jeder der Therapeuten gleich viele Personen aus beiden Gruppen behandelte. Wieviele Personen er absolut behandelte, spielte keine Rolle, solange je eine Hälfte von ihnen einer der beiden experimentellen Gruppen zugehörte.

Therapeutenhypothesen oder -erwartungen:

Ein ROSENTHAL- oder Therapeuten-Erwartungseffekt läßt sich bei einem derartigen Forschungsdesign nicht ausschließen, es sei denn, man ordnet die Therapeuten nach ihren Erwartungen und verteilt sie dann gleichmäßig über die experimentellen Gruppen. Es ist aber fraglich, ob man damit auch die anderen Persönlichkeitsmerkmale der Therapeuten gleichmäßig verteilt hat (Qualifikation, Erfahrung, Neurotizismus, etc.). Uns schien es besser, die Fehlerquelle der Erwartungen in Kauf zu nehmen, aber ansonsten die Therapeuten gleich zuzuordnen, so daß alle Gruppen dieselben Therapeuten erhielten. Zudem sind Doppelblind-Versuche, die die Versuchsleiter-Erwartungen ausschließen sollen, in der klinischen Therapieforschung oft nicht denkbar.

3. Therapiedauer

Ohne Vortest und Nachtest sollte das Training sechs wöchentliche Sitzungen à 50 Minuten umfassen. Die Warte-Kontrollgruppen sollten nur zweimal zur Messung erscheinen, dann aber ebenfalls ein Training erhalten.

4. Therapievertrag

Um die enorme Organisationsarbeit nicht durch ständige Unpünktlichkeit etc. weiter zu belasten, wurde mit allen Versuchspersonen ein juristisch nicht bindender Vertrag oder Kontrakt abgeschlossen (siehe Anhang), der beiderseitig zu korrekter Zusammenarbeit verpflichtete. Wir erwarteten einen reibungsloseren Ablauf (KANFER & KAROLY, 1972; KANFER, 1975).

5. Generelle Instruktion

Um den Erwartungs- und Suggestionseffekt bei den Gruppen gleich zu halten, der durch die Art der Erklärung des Therapieablaufes ausgelöst werden kann, wurden für beide Gruppen Instruktionsblätter verfaßt (siehe Anhang), die sich nur hinsichtlich weniger Sätze unterscheiden, bedingt durch die etwas unterschiedliche Struktur des Programms.

6. Hausaufgaben

Wir wollten keinerlei Instruktion geben, selbständig "draußen" zu üben, weil die Art der Ausführung schwer zu kontrollieren ist. Im Instruktionsblatt steht allerdings, daß es für den Gesamterfolg des Trainings notwendig sei, das Gelernte auch tatsächlich anzuwenden.

7. Die Übungssituationen und Rollenspiel-Instruktionen ('coaching'), über die berichtet wurde, sollten auf Tonband gesprochen werden, um eine einheitliche Darbietung zu gewährleisten.

8. Qualität und Quantität der Verstärkungen

Zwar sollte individuell für relativen Fortschritt verstärkt werden, jedoch nach festen Regeln, so daß sich beide Gruppen hinsichtlich Qualität und Quantität der gegebenen Verstärker nicht unterschieden.

- Verhaltensformung:

  Im Laufe der Zeit sollte das Kriterium für die Verstärkungen langsam hochgeschraubt werden. Verstärkungen werden also nicht für absolute, sondern für relative Leistungen, nämlich Verbesserungen, gegeben.

- Negative Verstärker:

  Alle drei Gruppen erhalten pro Sitzung einen Hinweis: "Weniger gut", der aber sofort als Verhaltensaufforderung, somit als diskriminativer Stimulus verbalisiert wird (zum Beispiel: "Sie sollten versuchen, etwas lauter und deutlicher zu sprechen.").

- Löschung von Selbstkritik:

  Selbstkritische oder -abwertende Äußerungen werden in allen Gruppen systematisch durch Nichtbeachtung gelöscht, in hartnäckigen Fällen blockiert ("Bitte lassen Sie das, das ist nicht gut für unser Training."), bei EG 2 wird das Prinzip der negativen Selbsthemmung als lernhinderlichem Vorgehen genauer erklärt.

- Quantität:

  Beide Gruppen sollten natürlich auch gleich viele positive Verstärker bekommen. Zur Überprüfung mußten alle Therapeuten über die Häufigkeit der gegebenen Verstärker und negativen Rückmeldungen,

sowie über die Zahl von Selbstverstärkung und Selbstkritik beim Kombinationstraining (EG 2) Strichlisten führen, die anschließend überprüft und verglichen werden sollten. Darüber wird noch berichtet werden.

9. Meßzeitpunkte und Meßmittel

Selbstverständlich müssen allen Versuchspersonen dieselben Fragbogen in derselben Reihenfolge zu denselben Meßzeitpunkten gegeben werden. Über Auswahl und Entwicklung der Meßverfahren soll im folgenden noch berichtet werden.

3.2.4. Darstellung der Meßverfahren

Bei der Darstellung der ausgewählten Meßverfahren wollen wir uns an den Hypothesen und deren Ausführungen orientieren (Kapitel 3.1.). Für die Überprüfung der "Effektivität" der Trainings hatten wir drei Bereiche herausgearbeitet:

- Angst und Unsicherheit
  (Generell, vor bestimmtem Verhalten und vor Konfliktsituationen)
- Selbstbewertung und Normabhängigkeit
  (Bewertung eigenen Verhaltens, Selbstunzufriedenheit, Schuldgefühle bei selbstsicherem Verhalten, Normgebundenheit)
- Verhaltensgeschicklichkeit.

Zur Überprüfung der Stabilität des Lernfortschrittes sollte eine Nachuntersuchung durchgeführt werden, die die Auswahl der Meßverfahren aber nicht beeinflußt.

Für die Überprüfung der Generalisierung müssen aber unten eigene Überlegungen angestellt werden.

Zur Entwicklung von Auswerteverfahren für den standardisierten Verhaltenstest waren ausführliche Vorüberlegungen und auch Vorversuche notwendig, die in diesem Kapitel dargestellt werden sollen.

3.2.4.1. Darstellung der Effektivitätsmaße

3.2.4.1.1. Angst und Unsicherheit

Situationseinschätzung:

Zu den drei Meßzeitpunkten wurden die Übungssituationen je auf einer Skala von 1 bis 10 (keine Angst bis Panik) eingestuft. Der Mittelwert aus den Situationseinschätzungen wurde als Maß für die Angst genommen, die die Versuchsperson generell vor den Situationen hatten, in denen sie Forderungen und Wünsche äußern sollte.

Generelle soziale Selbstunsicherheit:

Der Unsicherheitsfragebogen von ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (noch unveröffentlicht, siehe Anhang), über dessen Entwicklung bereits berichtet wurde (siehe Kapitel 2.2.4.), enthält als erste Sub-Skala den Faktor "Generelle Unsicherheit" (U - 1).

Angst, Forderungen und Wünsche zu äußern:

Zur Messung dieser Angst nahmen wir die Sub-Skala des Unsicherheitsfragebogens U - 5, die genau diesen Faktor mißt.
In diesem Zusammenhang wurde weiterhin das "Emotionalitätsinventar", kurz EMI (ULLRICH & ULLRICH de MUYNCK, 1975), herangezogen, das die Befindlichkeit des Klienten mißt. Vier Unterskalen sind uns an dieser Stelle interessant:

- Angst auf der motorischen Ebene, Verspannung (EMI-1);
- Hemmung (EMI-2);
- Vegetative Labilität und Nervosität (EMI-3);
- Psychische Angst, Hilflosigkeit (EMI-6);

Die Daten des EMI haben den Vorteil, "Angst" auf verschiedenen Ebenen zu untersuchen, sind aber dennoch im Vergleich zu bereits angeführten Verfahren von sekundärer Bedeutung, weil sie sich nicht direkt auf soziale Konfliktsituationen, sondern nur auf die Befindlichkeit der Klienten zum Zeitpunkt vor und nach der Therapie beziehen.

3.2.4.1.2. Selbstbewertung und Normabhängigkeit

Selbstunzufriedenheit:

Selbstunzufriedenheit wird hier verstanden als Diskrepanz zwischen Ist-Zustand und Soll-Zustand (MILLER, GALANTER & PRIBRAM, 1960), zwischen Selbstbild und Wunschbild. Wie erlebe ich mich momentan und wohin möchte ich gerne kommen?

Uns interessierte eine derartige Diskrepanz für zwei Bereiche:

- für die Ebene der erlebten "generellen Selbstsicherheit"
- und speziell für die erlebte "Fähigkeit, Forderungen und Wünsche zu äußern", das Verhalten also, das in unseren Trainings geübt werden sollte.

Selbstbild und Wunschbild sollten durch einen Selbstvergleich mit anderen Menschen zustande kommen.

Die folgenden Fragen wurden modifiziert von McFALL und Mitarbeitern übernommen (zum Beispiel 1971). Sie sollen Aufschluß geben, wie sich die Versuchsperson relativ zu vergleichbaren Mitmenschen einstuft:

"Für wie selbstsicher halten Sie sich, wenn Sie sich mit anderen Menschen Ihres Alters in Ihrem kulturellen und sozialen Milieu vergleichen? Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala: Ich bin sicherer als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Wie gut können Sie berechtigte Wünsche und Forderungen stellen, verglichen mit anderen Menschen Ihres Alters und soziokulturellen Milieus? Ich kann es besser als x Prozent (dieselbe Skala)."

Zur Gewinnung von Daten für das Wunschbild wurden dieselben Fragen hinsichtlich des erlebten Wunschzustandes gestellt:

- Ich möchte sicherer sein als x Prozent.
- Bezüglich fordern und Wünsche äußern möchte ich besser sein als x Prozent.

Selbstunzufriedenheit bemißt sich nun an der Differenz der erlebten Sicherheit und dem erlebten Soll-Wert. Ziel der Therapie war hier eine Reduktion eben dieser Differenz, der Selbstunzufriedenheit. Wir gehen davon aus, daß diese Differenz als unangenehm erlebt wird und ein positives Selbstwertgefühl trübt.

Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen:

Derartige Schuldgefühle können durch die Skala U - 6 des Unsicherheitsfragebogens gemessen werden.

Überhöhte Normabhängigkeit, übertriebene Rücksichtnahme, Höflichkeit und Anpassung läßt sich durch die Skala U - 7 dieses genannten Fragebogens bestimmen.

Selbstbewertung eigenen Verhaltens:

Direkt nach jedem Verhaltenstest-Rollenspiel (Beschreibung siehe unten), das auch auf einen Video-Recorder aufgezeichnet, den Versuchspersonen aber nicht unmittelbar wieder vorgespielt werden sollte, füllen die Versuchspersonen einen Selbstbewertungsbogen (siehe Anhang) aus, auf dem sie Inhalt des Gesagten, Stimmausdruck, Haltung, Mimik und Blickkontakt jeweils von -5 bis +5 (das heißt, "ausgesprochen schlecht" bis "ausgesprochen gut") einstufen.

Auf diese Weise erhalten wir quantifizierbare Hinweise für Selbstbewertung in einer standardisierten Situation, nicht aber Hinweise über generelle Selbstbewertungstendenzen. Es ist anzunehmen, daß Antworttendenzen, die eine Interpretation beim Einzelfall mit diesem Verfahren wohl uninterpretierbar machen, bei einer genügend großen Zahl von Versuchspersonen soweit neutralisiert werden, daß Gruppenvergleiche möglich werden.
Weiterhin muß kritisch angemerkt werden, daß die tatsächliche Rollenspielleistung ein Faktor ist, der mit in die Selbstbewertung eingeht, wenn man nicht annimmt, daß Selbstbewertung und Verhaltensgeschicklichkeit zwei völlig unabhängige Bereiche sind. Eine Zunahme in positiver Verhaltensselbstbe-

wertung spiegelt also teilweise auch eine Zunahme der Verhaltensgeschicklichkeit durch die Therapie wider.

3.2.4.1.3. Einschätzung der Veränderung der Verhaltensgeschicklichkeit

Nach einer Beschreibung des standardisierten Verhaltenstests, seiner Darbietung und deren Kontrolle werden sich die Ausführungen auf das Problem der Auswertung dieser Verhaltenstests konzentrieren, die mit einer Video-Anlage aufgezeichnet werden.

Zur Gewinnung von Einschätzskalen müssen ein kurzer Literatur-Überblick und ein Bericht über eine längere Voruntersuchung zur Arbeit mit den Einschätzskalen gegeben werden. Für das Verständnis des darzustellenden Experimentes sind vor allem die Unterkapitel 1, 2, 6 und 7 notwendig. Die anderen sechs Kapitel sind als mehr oder weniger ausführliche Exkurse zur Überprüfung unserer Vorgehensweise anzusehen. Daß dieser Teil so ausführlich dargestellt werden muß (10 Unterkapitel), ergibt sich aus der Tatsache, daß wir kaum auf bewährte Verfahren zurückgreifen können und hier weitgehend auf eigene Ansätze angewiesen sind.

In diesem Bereich werden weitere gründliche empirische Arbeiten notwendig sein, um befriedigende Einschätzverfahren zu entwickeln.

1. Der Verhaltenstest

   Repräsentative, unverfälschte Verhaltensbeobachtungen im realen Leben der Versuchspersonen waren bei dieser Verhaltensklasse nicht möglich, so wie

etwa McFALL zur Messung der Klasse "Ablehnen unberechtigter Forderungen" falsche Vertreter bei den Versuchspersonen anrufen und die Gespräche aufzeichnen ließ. Aus diesem Grunde sind wir auf qualitative Verhaltenstests durch simulierte Rollenspiele angewiesen. Wir wissen aber, daß das Rollenspiel als Diagnostikum recht gut die Fähigkeiten der Versuchspersonen widerspiegelt (BORGATTA, 1951).

Zu jedem Meßzeitpunkt spielten die Versuchspersonen folgendes Rollenspiel, das auf Video-Band festgehalten wurde:

"Es ist kurz vor Mitternacht. Sie wollen schlafen und benötigen den Schlaf dringend, denn Sie haben am nächsten Tag viel Arbeit vor sich, bei der Sie sich stark konzentrieren müssen. Aber Sie können nicht schlafen, weil der Mieter über Ihnen eine rauschende Party feiert und die Musik sehr laut gestellt hat. Sie klingeln an seiner Tür und bitten um Ruhe. Er geht darauf nicht ein. Darauf verweisen Sie auf die Möglichkeit, daß Sie die Polizei verständigen können. Jetzt gibt er nach.

Ihr Therapeut wird den Gastgeber spielen. Bitte versuchen Sie sich die Situation so genau vorzustellen, wie es Ihnen möglich ist."

Der Versuchsperson wurde jeweils mündlich mitgeteilt, daß der betreffende Mieter öfters eine Party veranstaltet habe, so daß die gesetzliche Regelung nicht zutreffe, nach der man einmal im Monat feiern dürfe.

2. Die Verschleierung des Testcharakters

Es wurde darauf geachtet, daß bei den experimentellen Gruppen der Testcharakter verschleiert wurde: Das Rollenspiel war einfach das erste in der ersten Stunde und wurde nicht mehr vom Band gelöscht. Vor der Besprechung des Spiels füllten

die Versuchspersonen kurz die Selbstbewertungsfragen aus. Die 7. Stunde, die Testsitzung, war zunächst auch nicht als solche gekennzeichnet, bis das Rollenspiel auf Band war. Durch dieses Vorgehen sollten Aufforderungscharakter, Angst- und Erwartungshaltungen wenigstens teilweise abgebaut werden.

3. Exkurs 1: Kontrolle des Schwierigkeitsgrades des Spieles beim Rollenspielpartner

Die Rollenspielpartner der Versuchspersonen waren die jeweiligen Therapeuten. Da trotz allem Training und standardisierter Anweisungen anzunehmen ist, daß sie es ihren Versuchspersonen unterschiedlich schwer gemacht haben (so mußten sich manche schüchterne junge Männer gegen attraktive weibliche Therapeuten durchsetzen), wurde bei allen späteren Auswertungen der Video-Bänder von den "blinden" Beurteilern auch der "Grad der Schwierigkeit des Verhaltens des Rollenspielgegners für die Versuchsperson" eingestuft (von -5 gleich: viel leichter als Durchschnitt über 0 gleich Durchschnitt bis +5, das heißt, sehr viel schwerer als der Durchschnitt der Rollenspiele).

Für die spätere Auswertung interessiert nicht, bei welchen Versuchspersonen schwere Spielbedingungen vorlagen, sondern, ob sich größere Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen finden ließen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind in Tabelle 1 aufgeführt:

Tabelle 1: Schwierigkeits-Indices für die Rollenspielbedingungen bei den einzelnen Gruppen (Skala -5 bis +5)

	vor der Therapie		nach der Therapie	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
EG 1	0.195	0.19	0.835	0.94
EG 2	0.354	1.07	0.665	0.71
Kontrollgruppe (KG)	0.079	1.04	0.468	0.80

Zwischen den Extremwerten wurden Signifikanzberechnungen durchgeführt. Es ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 2: Ergebnisse der Signifikanzberechnungen für die Mittelwertunterschiede bei den Schwierigkeits-Indices

Vor der Therapie:	EG 1 - KG:	t = 0.34	(n.s.)
	EG 2 - KG:	t = 0.85	(n.s.)
Nach der Therapie:	EG 1 - KG:	t = 1.37	(n.s.)
	EG 2 - KG:	t = 1.20	(n.s.)

4. Zur Organisation: Die Beurteiler der Aufzeichnungen und die "Blindheit" der Einschätzungen

Als Beurteiler der aufgezeichneten Verhaltenstests dienten ebenfalls die Therapeuten, ein prinzipiell gefährliches Verfahren (man denke nur an die Kritik der Arbeit von LAZARUS, 1966, der die eigenen Therapieerfolge feststellte). Wir fanden aber einen Weg, der es erlaubte, wissenschaftlich haltbare Daten zu gewinnen.

Die Therapeuten (N = 20) kannten von der großen Zahl der Versuchspersonen (N = 71) nur die wenigen, von ihnen direkt behandelten Personen und diejenigen aus der Kontrollgruppe (KG), mit denen sie den Verhaltenstest gemacht hatten. Bei den Einschätzsitzungen mußten die Therapeuten jeweils mit dem Einschätzen aussetzen, wenn sie und ihr Klient auf dem Bildschirm erschienen. Sie durften auch den anderen jeweils nicht sagen, um welchen Meßzeitpunkt und um welche Gruppe es sich handelte (jeder hatte ja Versuchspersonen aus jeder Gruppe).

Zusätzlich wurden die Video-Bänder und Aufzeichnungen so gemischt, daß die Gruppenzugehörigkeit sowie der Meßzeitpunkt der jeweiligen Aufzeichnung ständig wechselte. Dadurch konnte faktisch keiner der Beurteiler wissen, wie er das Rollenspiel zu einer Gruppe oder einem Zeitpunkt zuordnen könnte. Wir können also davon ausgehen, daß die Einschätzungen tatsächlich "blind", also ungetrübt von subjektiven Vorurteilen, abliefen.

Die Verwendung der Therapeuten hatte zwei entscheidende Vorteile: Es war kein Problem bei der großen Zahl der Therapeuten durch Voruntersuchungen zur Reliabilität die schlechten Beurteiler auszuschließen. Es blieben immer noch 12 Beurteiler übrig, die aber jeweils nur auf wenigen Dimensionen gut waren. Nach der Voruntersuchung wurde jeder Beurteiler auf denjenigen Dimensionen eingesetzt, auf denen er mit den anderen relativ gute Übereinstimmungen zeigte.

5. Zur Validität

Ein zweiter wichtiger Aspekt ist der der Validität. Die Therapeuten hatten alle ein intensives Training und praktische Therapieerfahrung mit genau denjenigen Verhaltensaspekten, die sie jetzt einschätzen sollten. Von dorther ist zu erwarten, daß sie besser als andere in der Lage waren, relativ einheitlich das zu messen, was gemessen werden sollte. Selbstverständlich bekamen sie abgezogene Einschätzinstruktionen mit Definitionen, die den Beurteilern weiter erläutert wurden. Die Definitionen decken sich mit den Angaben zu den Einschätzskalen, die noch in diesem Kapitel dargestellt werden (siehe Unterkapitel 7.).

Zusätzlich wurden zu Beginn der Einschätzsitzungen Probespiele gemeinsam diskutiert, die von Versuchspersonen genommen wurden, die von der Kontroll-Gruppe (KG) nicht mehr zum Nachtest erschienen waren. Man kann natürlich die Validität prinzipiell anzweifeln, indem das gemeinsame soziokulturelle Bezugssystem und die Bewertungen kompetenten Verhaltens angezweifelt werden. Nun wäre es in der Tat interessant, Beurteiler aus einem anderen soziokulturellen Milieu zu Vergleichen heranzuziehen. Dies hätte aber als Teilaspekt der Arbeit zuviel Zeit gekostet und ist auch für das Hauptinteresse der Arbeit nur von zweitrangiger Bedeutung.

6. Möglichkeiten der Einschätzung von Verhaltenstests (kurzer Literaturüberblick)

Wie öfters erwähnt, verfügen wir nicht über allgemein akzeptierte Auswerteverfahren. Wir wollen deshalb kurz die Verfahren der wichtigsten Forschergruppen aus dem Bereich des Selbstsicherheitstrainings berichten:

- Die Forschergruppe um McFALL arbeitet mit einem provozierten Echtkonflikt. Die Fähigkeit, Nein zu sagen, wird durch Telefonanrufe falscher Vertreter oder Kommilitonen provoziert. Das standardisierte Vorgehen dieser "falschen" Vertreter erlaubt die spätere Einstufung in einer "Nachgebe-Skala" von 1 bis 5. Bei McFALL & TWENTYMAN (1973) wurden Reliabilitätswerte von r = .76 und .93 angegeben.

- Von der Gruppe um HERSEN wurden folgende Dimensionen daraufhin untersucht, wieweit sie Hinweisfunktion haben, wenn Beurteiler den "generellen Eindruck der Selbstsicherheit" einschätzen (EISLER, MILLER & HERSEN, 1973).

Tabelle 3: Dimensionen der Verhaltensbeurteilung bei EISLER et al. (1973)

Dimensionen	Reliabilitäts-angabe	Zusammenhang mit generellem Eindruck der Selbstsicherheit
Lächeln	-	-
Dauer des Blick-kontaktes	-	-
Antwort-Dauer	-	tendenziell
Antwort-Latenz	-	Ja
Lautheit und Klar-heit der Stimme	-	Ja
Sprechflüssigkeit	-	-
Dynamik und Affek-tivität der Stimme	.993	Ja
Inhalt: Nachgeben	1.000	Ja
Inhalt: Fordern	-	Ja
Genereller Eindruck	.96 bis .99	x

Die Arbeit darf nicht unkritisch rezipiert werden. Zum einen liegt keine einheitliche untersuchte Verhaltensklasse vor, zum anderen beziehen sich die Reliabilitätsberechnungen auf zwei Beurteiler, von denen einer nur 30 Prozent der Durchgänge einstufte.

- BORKOVEC, FLEISCHMAN & CAPUTO (1973) suchten ebenfalls nach Meßmethoden für soziale Angst auf der Verhaltensebene und fanden, daß weder die Zahl der Worte pro Minute noch die Häufigkeit der Versprecher, noch die Zahl sichtbarer Angstreaktionen in der Lage waren, zwischen hoch und niedrig Kontaktängstlichen zu differenzieren. Nur subjektive Selbsteinschätzungen der Versuchspersonen waren dazu in der Lage.

- ARKOWITZ, LICHTENSTEIN, McGOVERN & HINES (1975) versuchten ebenfalls zwischen hoch und wenig kontaktängstlichen Studenten differenzieren zu können und untersuchten folgende Verhaltensdimensionen:

Tabelle 4: Dimensionen der Verhaltensbeurteilung bei ARKOWITZ et al. (1975)

Dimensionen	Reliabilitätsangaben
Generelle Verhaltensgeschicklichkeit	.68
Gesamtsprechzeit	-
Häufigkeit Schweigen	-
Zahl der verbalen Verstärker	.74
Zahl Kopfnicken	.82
Zahl Lächeln	.91
Zeit des Blickkontaktes	.92

Nur der generelle Eindruck der Verhaltensgeschicklichkeit sowie die Häufigkeit des Schweigens differenzierten, ansonsten waren Selbsteinschätzungen der Klienten das geeignetere Maß.

7. Unsere Einschätz-Dimensionen zu Beginn der Voruntersuchung

Die unterschiedlichen Ergebnisse sind auf teilweise recht unterschiedliche Versuchsanordnungen zurückzuführen. Relativ konsistent ergibt sich jedoch die große Bedeutung von qualitativen Einschätzskalen wie "genereller Eindruck der Selbstsicherheit".

Es schien uns daher sinnvoll, neben quantitativen auch einige qualitative Einschätzskalen aufzustellen.

Quantitative Maße

1. Häufigkeit der Verwendung des Wörtchens "Ich" im Rollenspiel;
2. Prozentualer Anteil des Blickkontaktes an der Gesamtzeit des Rollenspieles (mit zwei Stoppuhren gemessen);
3. Ist das Kriterium erfüllt? Hat die Versuchsperson, statt nachzugeben, schließlich darauf hingewiesen, die Polizei rufen zu können?

Quantifizierte qualitative Skalen

Jede Skala wird von -5 (sehr schlecht) bis +5 (sehr gut) eingestuft, 0 kommt nicht vor, um die Beurteiler zu einer positiven oder negativen Stellungnahme zu zwingen.
Ausnahme: Aggression (nur: 0 bis 5).

Anmerkung: Nachträglich muß selbstkritisch angemerkt werden, daß damit vermutlich wenig gewonnen wurde, daß aber wahrscheinlich die Maße der Übereinstimmung zwischen den Beurteilern nach unten gedrückt wurden (siehe unten). Denn es ist zu erwarten, daß einige Beurteiler statt einer 0 eine -1, andere aber eine +1 gegeben haben.

4. Genereller Eindruck der Selbstsicherheit

als Gesamteindruck.

5. Räumliche Distanz

Hält die Versuchsperson die Distanz, hat sie Tendenzen auf den Partner zu oder von ihm zurückzuweichen?

6. Körperhaltung

Ist sie verkrampft vs. entspannt, geduckt vs. gerade und aufrecht, unterwürfig vs. lässig und entspannt sicher, etc.?

7. Mimik

Ist sie ausdrucksreich vs. steif, kongruent zum Inhalt vs. inkongruent, sicher vs. unsicher?

8. Gestik

Analog zu 7.

9. Blickkontakt

Hier interessiert nicht Dauer, sondern Qualität: Selten, flüchtig, unterstreichend zum Inhalt, betonend, fest, unterwürfig, flackernd, gerade heraus?

10. Lautstärke

Laut und klar, gedämpft, zurückgehalten, flach, unverständlich?

11. Ausdruck der Stimme

Kongruent zum Inhalt oder nicht, dynamisch, betonend, ausdrucksreich, monoton, stotternd, zu schnell oder zu langsam, unterwürfig, zittrig?

12. Inhalt 1: Ablenken

Läßt sich die Versuchsperson durch ihren Gegner aus dem Konzept bringen und durch seine Abwimmelungsversuche verunsichern, oder hält sie ihr Konzept durch und blockt seine Ausflüchte? Schlimm: Die Versuchsperson läßt sich zur Party einladen.

13. Inhalt 2: Betteln vs. Fordern

Bettelt die Versuchsperson weinerlich um Verständnis, zeigt nur, wie unglücklich sie ist, oder äußert sie präzise Bitten und Forderungen. Besteht sie auf Ruhe, ohne sich überschwenglich zu entschuldigen?

14. Inhalt 3: Eigener Wunsch?

Direkte oder indirekte Formulierung: "Ich verlange" vs. "Man muß doch schlafen können." Steht die Versuchsperson auch in der Formulierung als Verantwortliche hinter ihren Forderungen oder bezieht sie sich nur auf Prinzipien?

15. Aggressivität

Schreit die Versuchsperson, stößt sie Drohungen aus, ist das Verhältnis von "Aufwand" und Erreichtem ungünstig? Ist die Wuterregung zu hoch oder bringt die Versuchsperson nur ein gesundes Maß an Ärger ein?

8. Exkurs 2: Vorarbeiten zur Überprüfung der Anwendbarkeit der Einschätzskalen

Ziele dieser Vorarbeiten sollte die Überprüfung der Beurteilungsdimensionen auf ihre Praktikabilität sowie die Vorprüfung der Beurteiler-Übereinstimmungen für die Selektion geeigneter Beurteiler sein.

Es wurden zunächst 100 Video-Aufnahmen von allen Beurteilern eingestuft. Dabei wurde für die Dimensionen 1 bis 3 (Häufigkeit "Ich", Prozent-Anteil "Blick" und Kriterium: erfüllt?") für 50 Aufnahmen ein zweiter Durchgang gemacht und die Retest-Reliabilität berechnet, da wir für diese Dimensionen nur einen einzigen Beurteiler einsetzen wollten.

Da für die anderen eine Konzentration auf die 12 restlichen, qualitativen Dimensionen eine Überforderung dargestellt hätte, sollte für je 50 Aufnahmen nur je 6 Dimensionen eingestuft werden. Aufgrund eines Instruktions-Mißverständnisses, das leider erst Wochen später bei der Auswertung festgestellt wurde, wechselten die

Beurteiler unsystematisch zwischen den Dimensionen, so daß sich die Übereinstimmungsberechnungen nur auf Stichproben von N = 10 bis N = 25 Video-Aufnahmen pro Einschätzdimension beziehen können.

Reduktion der Dimensionen

Von der endgültigen Auswertung wurden folgende Dimensionen wieder ausgeschlossen:

3. Kriterium: Diese Dimension differenzierte nicht zwischen den Versuchspersonen, da vermutlich wegen der Tonband-Instruktion die meisten das Kriterium erfüllten.

5. Räumliche Distanz: Aufgrund der räumlichen Bedingungen ergaben sich extreme Unterschiede in der Bewegungsfreiheit der Versuchspersonen.

15. Aggressivität: Es gelang uns keine operationale Definition, mit der es gelungen wäre, zwischen den Versuchspersonen zu differenzieren: Fast alle wurden immer als nicht aggressiv eingestuft.

Im folgenden soll nun über die Untersuchungen zur Reliabilität sowie zur Unabhängigkeit der einzelnen Dimensionen berichtet werden:

9. Zur Reliabilität der Einschätzungen

Geplant war, für jede der Dimensionen nur einige wenige Beurteiler zu behalten (drei bis sechs), die untereinander eine relativ hohe Übereinstimmung hatten. Dazu mußten wir auf den einzelnen qualitativen Dimensionen (Nr. 4 bis 14) Produkt-Moment-Korrelationen zwischen allen Beurteilern rechnen. Aus der enorm hohen Zahl der Korrelationen wählten wir solche Beurteiler aus, die untereinander wenigstens mit r = .40 korrelieren sollten.

Insgesamt blieben 12 Beurteiler übrig, die jeweils noch drei bis sieben Dimensionen einzustufen hatten.

Tabelle 5 gibt die mittleren Beurteiler-Übereinstimmungen für jede Dimension an, die wir hier als Maß für die Reliabilität verwenden. Diese Daten beziehen sich nur noch auf die verbliebenen 12 Beurteiler, stellen also das Ergebnis nach der Auswahl der Beurteiler dar.

Spalte 1 bezieht sich auf die Stichproben von N = 10 bis N = 25. In Spalte 2 und 3 sind Angaben über das Signifikanzniveau der in den Mittelwerten enthaltenen Korrelationswerte als Häufigkeiten dargestellt.

Spalte 4 und 5 geben die Ergebnisse folgender Überlegungen und Berechnungen wieder:
Insgesamt wurden über 100 Aufnahmen eingeschätzt, die Stichproben beziehen sich aber auf Stichproben von N = 10 bis N = 25. Deshalb haben wir nach der Formel von SPEARMAN-BROWN, die man zur Aufwertung von Reliabilitätskoeffizienten bei Testverlängerung (zum Beispiel beim 'split-half'-Verfahren der Reliabilitätsbestimmung), die Werte einmal mit dem Faktor 2 (doppelte Zahl der Aufnahmen) und dem Faktor 4 aufgewertet.

Aus Gründen der Übersicht haben wir Spalte 6 bereits an dieser Stelle hinzugefügt, die die Ergebnisse einer stichprobenartigen Überprüfung der Zwischen-Beurteiler-Übereinstimmung bei der Einschätzung der Nachkontroll-Verhaltenstests angibt. Wie im Kapitel 3.3. ausgeführt wird, mußten die Verhaltensdaten von denselben Beurteilern drei Monate später eingestuft werden.

Tabelle 5: Ergebnisse der Reliabilitäts-Berechnungen für die einzelnen Einschätz-Dimensionen

Dimensionen	Reliabilität der Stich-proben-Ber.	Von den Korrelationen waren signifikant besser als 10 Prozent	5 Prozent-Niveau	Reliabilität aufgewertet Faktor 2	Faktor 4	Reliabilitäts-Schätzung bei Nachkontrolle
1. Ich-Gebrauch	.78	Retest-Reliabilität				-
2. Prozentanteil des Blick-Kontaktes	.72	Prozent	Prozent			-
3. Genereller Eindruck d.Selbstsicherheit	.72	73.3 %	55.4 %	.84	.91	.62 (.47 - .89)
4. Körperhaltung	.61	62.9 %	29.6 %	.76	.86	-
5. Mimik	.57	65.2 %	43.5 %	.72	.84	-
6. Gestik	.61	63.0 %	30.0 %	.76	.86	-
7. Qualität Blick	.57	65.0 %	43.0 %	.73	.84	.54 (.32 - .74)
8. Lautstärke	.60	81.5 %	68.2 %	.75	.86	-
9. Ausdruck Stimme	.57	53.4 %	26.7 %	.73	.84	-
10. Inhalt 1 - 3	.70	100.0 %	93.8 %	.83	.91	.56 (.37 - .81)

(Inhalt 1 - 3 wurden zusammen gerechnet, da sie auch immer gemeinsam eingestuft worden waren.)

Anmerkung zum Signifikanzniveau der Korrelationen:

Die Signifikanzen beziehen sich auf die Stichproben mit kleinem N, sind also etwas zu niedrig. Es ist wohl nicht nötig, an Verhaltensratings dieselben harten Kriterien anzulegen wie beispielsweise an wissenschaftliche Fragebogen. Von daher muß es als befriedigend angesehen werden, wenn die meisten der Signifikanzniveaus bei derart kleinen Stichproben besser als das Signifikanzniveau von 10 Prozent sind.

Anmerkung zu den Reliabilitätswerten der Verhaltenseinschätzungen bei der Nachkontrolle:

Es ist festzuhalten, daß die Übereinstimmung bei der zweiten Einschätzungssitzung nicht so zufriedenstellend ausfielen wie beim ersten Durchgang. Das mag daran liegen, daß ein Teil der Beurteiler noch weiter an der Therapie beteiligt war (die Versuchspersonen der Warteliste-Kontrollgruppe mußten ja nun behandelt werden), während ein Teil mehrere Monate nichts mehr damit zu tun gehabt hatte. Es war den Beurteilern allerdings nicht zuzumuten, alle Aufnahmen noch einmal zusammen einzuschätzen, da dies drei bis vier ganze Tage in Anspruch genommen hätte! Man sollte allerdings ein wenig vorsichtig beim Vergleich von Verhaltensdaten nach der Therapie und bei der Nachkontrolle sein, der Vergleich von EG 1 und EG 2 bei der Nachkontrolle ist aber durchaus unproblematisch (siehe auch Kapitel 3.3.5.).

10. Zur Unabhängigkeit der Einschätzdimensionen

In der Tabelle 6 sind die Werte angegeben, mit denen die einzelnen Skalen mit dem "generellen Eindruck der Selbstsicherheit" korrelieren. Was sind es für Hinweisreize, aufgrund derer Einschätzer den Eindruck gewinnen, daß die Versuchsperson sicher ist? Alle angegebenen Korrelationen sind hoch signifikant (1 Prozent-Niveau).

Tabelle 6: Korrelationen der einzelnen Einschätzdimensionen mit dem generellen Eindruck der Selbstsicherheit

Dimension	Korrelation
1. Ich-Gebrauch	.55
2. Prozentanteil Blick	.50
3. Genereller Eindruck	-
4. Körperhaltung	.63
5. Mimik	.76
6. Gestik	.58
7. Qualität Blick	.76
8. Lautstärke	.79
9. Stimmausdruck	.71
10. Inhalt 1: (Hält Konzept durch vs. läßt sich ablenken)	.65
11. Inhalt 2: (Betteln vs. Fordern)	.69
12. Inhalt 3: (Direkte vs. indirekte Wunschäußerung)	.69

Alle Korrelationen über .65 wurden unterstrichen.

Zunächst einmal ist festzustellen, daß die Dimensionen nicht wirklich unabhängig sind. Nun kann ein Artefakt darin bestehen, daß die Beurteiler zugleich die Therapeuten waren, die natürlich darauf eingeschworen waren, daß diese Dimensionen etwas mit Selbstsicherheit zu tun haben. Hier wäre es wirklich einmal interessant, völlig unvoreingenommene Beurteiler aus der Bevölkerung heranzuziehen.

Ein besonders interessantes Ergebnis ist, daß die Qualität des Blickkontaktes wesentlich höher zu gewichten ist, als die relative Zeitdauer des Blickkontaktes. Die vorliegenden Daten zeigen wie die erwähnten Studien, daß wir im Moment anscheinend mit rein quantitativer Auswertung nicht die wesentlichen Prozesse erfassen können, und daß qualitative

Einschätzskalen zur Differenzierung besser geeignet scheinen.

Tabelle 7: Interkorrelationen aus der Korrelationsmatrix der einzelnen Einschätzdimensionen (nur Werte über .70 wurden aufgenommen)

Dimensionen	Korrelation
Haltung - Mimik	.81
Haltung - Gestik	.86
Mimik - Qualität Blick	.69
Mimik - Lautstärke	.80
Lautstärke - Stimmausdruck	.73
Inhalt 1 - Inhalt 2	.87
Inhalt 1 - Inhalt 3	.68
Inhalt 2 - Inhalt 3	.75

Bei allen Korrelationen beträgt das Signifikanzniveau mindestens 0.01 Prozent.

Trotz der relativ hohen Korrelationen fällt es nicht ganz leicht, zu entscheiden, ob Dimensionen zusammengefaßt oder weggelassen werden können. Es wäre sicher auch begründbar, weitere Dimensionen zur Einschätzung vorzuschlagen, so etwa detailliertere Skalen zur Erfassung motorischer Unruhe oder zur Sprach- und Grammatik-Verwirrung. Diese Fragen werden weiter untersucht werden müssen.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, daß doch entscheidende Aspekte zur Differenzierung kompetenten Verhaltens enthalten sind und daß die gewonnenen Daten genügend abgesichert sind, um wissenschaftlich ausgewertet werden zu können.

3.2.4.2. Maße für die Generalisierung

Der Unsicherheitsfragebogen enthält neben dem Faktor "Angst zu fordern" (U - 5) noch drei weitere Skalen, die sich auf Verhaltensklassen beziehen. Diese sollen als Maß für Generalisierung des Lernfortschrittes auf andere Verhaltensklassen genommen werden:

- Kritik- und Fehlschlag-Angst (U - 2);
- Angst, unberechtigte Forderungen abzulehnen (U - 3);
- Kontakt-Angst (U - 4),

3.2.4.3. Maße für die Stabilität

Zur Messung der Stabilität werden keine eigenen Maße eingesetzt. Vielmehr soll durch einen weiteren Meßzeitpunkt, nämlich drei Monate nach Beendigung der Therapie, überprüft werden, ob die Maße auf den beschriebenen Bereichen stabil geblieben sind oder sich verändert haben, und ob die Unterschiede zwischen den experimentellen Gruppen weiterhin bestehen, verschwunden sind, oder sich gar noch vergrößert haben.

3.2.4.4. Sonstige Maße

Als allgemeine Maße, die sowohl hinsichtlich allgemeiner Effektivität der Therapie, als auch im Sinne der Generalisierung interpretiert werden können, wurden folgende Fragebogen-Skalen hinzugenommen:

- Neurotizismus und
- Extraversion vs. Introversion.

Wir messen sie hier durch den EPI (EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar, EGGERT, 1974).
Dabei gehen wir davon aus, daß soziale Angst und negative Selbststeuerungsprozesse sich in erhöhten Werten auf diesen beiden Skalen widerspiegeln. Nun kann hier kein eineindeutiger Zusammenhang vermutet werden. Vielmehr wollen wir "Neurotizismus" als ein generelles Maß für "Gestörtheit" und Abhängigkeit von Umweltkontingenzen verstehen, und "Introversion" als eine Dimension, die sozialen Rückzug und Gehemmtheit ausdrückt.

Diese beiden Skalen können nur ergänzenden Charakter haben, sollen also nicht als vorrangige Maße zur Überprüfung der Hypothesen genommen werden. Ihr breiter Einsatz in der Psychotherapie-Forschung legt ihren Einsatz auch in dieser Untersuchung nahe, um eventuelle spätere Vergleiche mit anderen empirischen Studien zu ermöglichen.

Zwei Fragebogen von WATSON & FRIEND (1969) zur sozialen Angst wurden ebenfalls als generelle, unterstützende Maße eingesetzt, ohne ihnen primäre Bedeutung beizumessen:

- Soziale Angst und Vermeidung, kurz SAV, und
- Angst vor negativer Bewertung durch andere, ANB.

Dabei scheint es sinnvoll, den SAV als Zusatzmaß für den Effektivitätsbereich "Angst und Unsicherheit", den ANB als Zusatzmaß für den Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" zu bestimmen.

Anmerkung: Die gewonnenen Daten sollen in einer begleitenden Diplomarbeit ausgewertet, und so beide Fragebogen auf ihre allgemeine Brauchbarkeit hin untersucht werden.

Beim Nachtest und bei der Nachkontrolle sollen die Versuchspersonen gefragt werden, ob sie versucht haben, das in der Therapie Trainierte auch in der Praxis zu üben und systematisch anzuwenden (siehe Therapie-Endfragebogen im Anhang).

Weiterhin wird gefragt, ob entscheidende Faktoren oder Erlebnisse außerhalb der Therapie den Lernprozeß erheblich beeinflußt hätten.

Während und nach Ende der Therapie schätzten die Versuchspersonen auch die Therapieform und die Therapeuten nach 16 Adjektivpaaren ein, die ad hoc von mir entwickelt worden waren. In parallel laufenden Diplomarbeiten wird die relative Bedeutung der erlebten Sympathie und Wärme sowie Echtheit und Unsicherheit der Therapeuten untersucht.

Auch die Therapeuten mußten Fragebogen ausfüllen (U, EMI und EPI), weil in Diplomarbeiten Persönlichkeitsmerkmale der Therapeuten mit Therapie-Effekten in Verbindung gesetzt werden sollen.

3.3. Die Durchführung des Experimentes

In diesem Kapitel soll über den organisatorischen Rahmen und über Durchführungsbedingungen berichtet werden, die für die Interpretation und Vergleichbarkeit der Studie von Bedeutung sein können.

Es wird dargestellt werden, wie die praktische Durchführung des geplanten Trainingsablaufes gelungen ist, wie die Versuchspersonen auf die Gruppen verteilt wurden, und wie überprüft wurde, ob wichtige Bedingungen für die Gruppen konstant gehalten werden

konnten. In einem letzten Abschnitt wollen wir kurz über die weitere Verarbeitung der gewonnenen Daten berichten.

3.3.1. Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Untersuchung wurde während des Sommersemesters 1974 im Psychologischen Institut der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster durchgeführt. Ab Mitte April 1974 wurde ein Aushang in verschiedenen Universitäts-Instituten, Studenten-Wohnheimen, sowie in der Universitäts-Verwaltung und der Mensa an den Schwarzen Brettern angeheftet. Am 3.5. und 6.5.1974 fanden die beiden Vorbesprechungstermine im Psychologischen Institut statt, bei denen die Versuchspersonen zunächst eine generelle Einführung und Gelegenheit zu Fragen erhielten. Anschließend mußten sie folgende Fragebogen ausfüllen (diese Reihenfolge entspricht derjenigen der Darbietung):

- DST (Denksport-Test als Intelligenz-Test)
- Allgemeiner Fragebogen für die Voruntersuchung
- EPI (EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar: Neurotizismus und Extraversion)
- Unsicherheitsfragebogen
- EMI (Emotionalitätsinventar)
- SAV und ANB (Soziale Angst und Vermeidung - Angst vor negativer Bewertung)

Von den 110 Personen, die erschienen waren, zeigten sich 90 aufgrund der Vorbesprechung immer noch als ernsthaft interessiert am Training und füllten die Fragebogen aus.

Nach Anwendung der genannten Ausschließkriterien (parallele Therapie, Mißverständnis und Fehlinterpretation) blieben noch 75 Versuchspersonen, die auf

die drei Versuchsgruppen verteilt werden konnten. Überdie Art der Aufteilung wird unten noch berichtet werden. Insgesamt fielen noch weitere vier Versuchspersonen aus. Zwei von der Warte-Kontrollgruppe kamen nicht zum zweiten Termin, und zwei Personen beim Kombinations-Training (EG 2) mußten gestrichen werden. Eine Teilnehmerin brach das Training in der zweiten Sitzung ab ("Es entspricht nicht meinen Erwartungen."), eine weitere zog während des Trainings aus Münster fort.

Rein quantitativ verteilten sich die 71 verbliebenen Teilnehmer wie folgt auf die Gruppen:

EG 1:	21
EG 2:	18
KG:	32

Das Training der beiden Gruppen fand von Mai bis Juli 1974 statt (sieben Sitzungen inklusive der Nachtestsitzung, bei der Verhaltenstest und Fragebogen nach Abschluß der Therapie gegeben wurden).

In den folgenden Semesterferien wurde mit der Behandlung der Warte-Gruppe begonnen. Bei deren Training versuchten wir, einige weitere therapeutische Variablen experimentell zu untersuchen. Darüber kann aber an dieser Stelle noch nicht berichtet werden.

Ende Oktober 1974 begannen wir, die Teilnehmer der beiden Trainings-Gruppen zu einer Nachkontrollsitzung einzuladen. Also gut drei Monate nach Beendigung der Therapie erschienen die Teilnehmer, um erneut Verhaltenstest-Rollenspiele zu absolvieren und die Fragebogen auszufüllen. Die Fragebogen am Ende der Therapie und bei der Nachkontrolle entsprechen denen bei der Voruntersuchung mit den zwei Ausnahmen, daß der

Intelligenztest (DST) nicht mehr gegeben wurde, und daß der allgemeine Fragebogen kürzer gefaßt werden konnte, da keine allgemeinen Lebensdaten (Alter, usw.) mehr erhoben werden mußten (siehe Anhang).

Zur Nachkontrolle kamen deutlich weniger Versuchspersonen. Aber die Einbuße war nicht so groß, daß die statistische Auswertung gefährdet worden wäre.

Tabelle 8: Zahl der Versuchspersonen in den Gruppen zu den verschiedenen Meßzeitpunkten

Gruppe	Vortest	Nachtest	Nachkontrolle
EG 1:	21	21	15
EG 2:	18	18	17
KG:	32	32	-

Für eine Nachbesprechung wurden zwei Termine angeboten, auf denen die Versuchspersonen über Ziel und Ergebnisse der Studie in groben Zügen unterrichtet wurden und Gelegenheit zu Fragen, Kritik und Anregungen erhielten. Es erschienen jedoch nur 25 Teilnehmer.

Insgesamt wurden knapp 500 Therapiestunden durchgeführt, davon beinahe 300 unter Zuhilfenahme der Fernsehanlage. Etwa 250 Verhaltenstest-Rollenspiele wurden auf Video-Band aufgezeichnet.

Mit dem Ende des Trainings waren unsere Verpflichtungen den Versuchspersonen jedoch noch bei weitem nicht erfüllt. Die Behandlung von 21 Teilnehmern der Warteliste-Kontrollgruppe erfolgte teils im Herbst 1974, teils im Winter 1974/75. Ebenfalls im Winter wurden 12 derjenigen therapiert, die Interesse am Training

angemeldet hatten, aber nicht als Versuchspersonen ins Experiment einbezogen werden konnten.

Diese Klienten erhielten je 12 Stunden Gruppentherapie und mußten teilweise einzeln weiterbehandelt werden.

Nach dem Nachkontrolltermin mußten wir uns auch noch um acht Versuchspersonen des Experimentes kümmern, die wichtige Probleme hatten, die im standardisierten Training nicht mitbehandelt worden waren. Mit der Nachbetreuung und Behandlung waren wir bis Mitte 1975 befaßt.

In der Zwischenzeit konnte aber bereits mit der Datenverarbeitung begonnen werden.

3.3.2. Die Versuchspersonen

An dieser Stelle soll vor allem über die Verteilung von Versuchspersonen-Eigenschaften über die experimentellen Gruppen berichtet werden.

Bei der Aufteilung versuchten wir folgende Merkmale über die Gruppen konstant zu halten:

- Alter
- Geschlecht
- Intelligenz
- Generelle Unsicherheit
- Angst zu fordern

Außerdem wollten wir die Verteilung der Berufe und Studienrichtungen feststellen.

Für alle relevanten Meßdaten wurden Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen für die Vordaten durchgeführt. Die Resultate dieser Berechnungen werden bei der Darstellung der Ergebnisse des Experimentes berücksichtigt und deshalb an dieser Stelle nicht ausführlich dargestellt. Es kann aber als Vorgriff darauf hingewiesen werden, daß sich die drei Gruppen auf beinahe allen wichtigen Bereichen bei den Vordaten nicht signifikant unterscheiden.

Geschlecht und Alter:

In Tabelle 9 wird die Verteilung dieser beiden Variablen dargestellt. Anschließend wird kurz über eine statistische Überprüfung berichtet.

Zur Überprüfung der Verteilung der Geschlechter über die drei Gruppen wurde anhand einer Sechs-Felder-Tafel der Chi-Quadrat-Wert berechnet ($chi^2 = 0.556$). Die Nullhypothese der Gleichverteilung konnte nicht zurückgewiesen werden.

Analog wurde für die Verteilung der Altersgruppen eine Zwölf-Felder-Tafel gebildet, in der die Häufigkeiten der jeweiligen Altersgruppen angegeben waren. Aufgrund des Chi-Quadrat-Wertes von $chi^2 = 1.168$ konnte auch hier die Nullhypothese der Gleichverteilung nicht zurückgewiesen werden.

Intelligenz (gemessen durch den Denksport-Test, DST, LIENERT, 1964):
Von der folgenden Tabelle mit den Gruppenmittelwerten wurde für die extremeren Unterschiede eine Signifikanzprüfung der Mittelwertunterschiede vorgenommen. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 10, Seite 134).

Tabelle 9: Verteilung von Geschlecht und Alter über die Versuchsgruppen

	Alter:										
	17 - 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		Summe m	Summe w	Summe gesamt
Geschlecht:	m	w	m	w	m	w	m	w			
Gruppe:											
EG 1:	2	5	8	2	1	1	2	0	13	8	21
EG 2:	3	2	7	4	2	0	0	0	12	6	18
KG:	5	5	8	7	4	0	1	2	18	14	32
										Gesamt:	71

Tabelle 10: Vergleich der mittleren Intelligenz der Versuchsgruppen

Gruppe	Mittelwert	Standard-Abweichung
EG 1:	114.1	17.4
EG 2:	119.1	12.1
KG:	111.3	11.1

Ergebnisse der Überprüfung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben

EG 1 - EG 2:	t = 1.046	nicht signifikant
EG 1 - KG:	t = 0.607	nicht signifikant
EG 2 - KG:	t = 2.034	nicht signifikant

(tendenzieller Unterschied: Signifikanzniveau 10 Prozent)

Studienfach und Beruf:

An der Studie nahmen nur drei Psychologiestudenten teil. Die folgende Tabelle 11 gibt einen groben Überblick über die berufliche Herkunft der Versuchspersonen. Von einer statistischen Auswertung wurde hier allerdings abgesehen.

Tabelle 11: Studienfach und Beruf der Versuchspersonen

	EG 1	EG 2	KG
Schüler	1	3	1
Berufstätige	2	0	5
Studium der			
Psychologie	1	1	1
Geisteswissenschaften	6	4	11
Naturwissenschaften	5	5	8
Sonstige Fächer	6	5	15

Anmerkung: Dabei haben wir unter obigen Kategorien folgende Fächer zusammengefaßt:

Berufstätige:	Lehrer, Lektor, Sozialarbeiter;
Geisteswissenschaften:	Philosophie, Theologie, Sprachwissenschaften, Pädagogik, Sozialwissenschaften, Soziologie;
Naturwissenschaften:	Physik, Chemie, Biologie, Medizin, Pharmazie;
Sonstige Fächer:	Jura und Wirtschaftswissenschaften.

Generelle soziale Unsicherheit und Angst zu fordern:

Hier ergaben sich bei den Berechnungen mit dem t-Test für unabhängige Stichproben keine signifikanten Unterschiede. Wie erwähnt, gilt dies auch für die meisten anderen Fragebogenfaktoren. Die genauen Ergebnisse sind hier nicht wiedergegeben, können aber im Kapitel "Ergebnisse", sowie im Anhang nachgesehen werden.

Zusammenfassung:

Aus den obigen Überprüfungen ergibt sich, daß wir davon ausgehen können, daß die wichtigsten Merkmale der Versuchspersonen gleichmäßig über die Gruppen verteilt sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse können wir diesen Bereich bezüglich der Frage von störenden Variablen außer acht lassen. Für die Frage der Repräsentativität der Studie muß jedoch die Tatsache berücksichtigt werden, daß alle Versuchspersonen Studenten, Berufstätige mit Hochschulreife oder Schüler kurz vor dem Abitur sind.

3.3.3. Die Therapeuten und das Therapeutentraining

Beschreibung der Therapeuten:

An der Untersuchung nahmen 20 Therapeuten teil, 10 männliche und 10 weibliche. Das Alter lag zwischen 24 und 30 Jahren, wurde aber nicht genau erfaßt.

Ausbildungsstand der Therapeuten:

Zwei der Therapeuten hatten bereits seit einem halben bis einem Jahr das Diplom in Psychologie, 18 standen ein bis drei Semester vor dem Hauptdiplom. Von den 20 Therapeuten hatten 14 eine drei-semestrige Ausbildung in Verhaltenstherapie (Grundlagen, Methoden, Anwendungen), die anderen sechs hatten nur an der Einführungsveranstaltung ("Grundlagen der Verhaltenstherapie") teilgenommen. Von diesen sechs Therapeuten hatten zwei eine drei-semestrige Gesprächstherapieausbildung am Psychologischen Institut in Münster erhalten.

Klientenerfahrung:

16 der 20 Therapeuten hatten eigene Erfahrung in Beratung oder Therapie, wenngleich sich diese meist nur auf eine Mitarbeit als Kotherapeut unter Supervision bei einem einzigen Klienten erstreckte. Vier hatten keine praktischen Erfahrungen.

Vier weitere Interessenten wurden nach Vorgesprächen oder bei Vorübungen von der Teilnahme ausgeschlossen.

Therapeutentraining:

Dauer: Nach theoretischer Einarbeitung 12 eineinhalb- bis drei-stündige Sitzungen innerhalb von vier Wochen mit praktischen Übungen.

Inhalte und Methoden des Trainings:

1. Theoretische Einarbeitung: Zu Beginn wurden drei Sitzungen zur Vorstellung des Konzeptes und zur Aneignung der theoretischen Kenntnisse abgehalten. Die Therapeuten lasen die relevante Literatur, zum Beispiel ULLRICH de MUYNCK & FORSTER (1974), sowie Auszüge, die der Autor aus den wichtigsten amerikanischen Arbeiten anfertigte, die auch in dieser Arbeit zitiert wurden. Therapeuten ohne drei-semestrige Verhaltenstherapie-Ausbildung lasen zusätzlich einführende Skripten aus der Seminararbeit des Institutes zum Rollenspiel und zum Selbstsicherheitstraining.

2. Praxis-Training: In den 12 Sitzungen sowie in Übungen zu zweit außerhalb dieser Sitzungen trainierten die Therapeuten nach intensiven Vorbesprechungen im Rollenspiel

- das Verhalten, das von den Klienten in den Übungssituationen gefordert wurde,
- die passenden therapeutischen Reaktionen als Rollenspielpartner in diesen Übungssituationen bei verschieden ängstlichen und schwierigen Klienten,
- die Besprechung der Rollenspiele mit den Klienten,
- den Umgang mit der Fernsehanlage,
- und schließlich Therapeutenverhalten für kritische Therapiesituationen: Was mache ich wenn:
  - der Klient sich überfordert fühlt? (Als Rollenspielpartner etwas leichter spielen, positive Ansätze verstärken, übertriebene Gefühlsausbrüche löschen).
  - Bei Übungsverweigerung? (Hinweis auf Vermeidungscharakter der Reaktion, auf den Kontrakt, sowie auf die Eigenverantwortlichkeit des Klienten für sich; Angebot, schnell zu interessanteren Themen weiterzugehen, nachdem diese Aufgabe erledigt wurde);

- Bei starker Selbstabwertung des Klienten? (Löschen, eventuell unterbrechen und abblocken, Erklärung des Lernprinzips bei Klienten in der Kombinationstherapie).
- Bei zu geringer Rate von Selbstverstärkung bei Klienten der Kombinationstherapie (EG 2)? (Aufforderungsreize setzen, Selbstverstärkung deutlich verstärken, Prinzip erklären).

Das Training stellte sich als absolut notwendig und recht effektiv heraus. Dennoch wurden Teilnehmer nach Beginn des richtigen Trainings noch hinter der Einwegscheibe oder durch Video-Aufzeichnungen kontrolliert. Außerdem muß gesagt werden, daß sich die Therapeuten ja an standardisierte Stundenabläufe halten mußten und wichtige Punkte wie die Zahl der gegebenen Verstärker auf Strichlisten festhielten, um eine exakte Kontrolle zu ermöglichen. Da nicht alle Stunden (20 - 40 pro Woche) supervisiert werden konnten, wurden wöchentliche Treffen arrangiert, auf denen alle kritischen Fragen besprochen werden konnten.

Die Therapeuten behandelten zwei, vier oder sechs Klienten, jeweils aber gleich viele aus EG 1 und EG 2.

Zwei Therapeuten erkrankten während des Trainings, so daß der eine für zweimal eine, der zweite für zweimal vier Stunden vertreten werden mußte. Dieser zeitweilige Therapeutenwechsel traf jedoch beide experimentellen Gruppen in gleicher Weise, stellt also keine zusätzliche störende Variable dar.

Therapeutenerwartungen:

Wenn auch beide Trainings-Gruppen dieselben Therapeuten hatten, so war doch denkbar, daß die Erwartungen der Therapeuten hinsichtlich unterschiedlicher

Effektivität eine interessante Variable sein könnte (ROSENTHAL-Effekt). Diese Erwartungen werden bei psychotherapeutischen Studien ausgesprochen selten erhoben. Ein Mangel besteht auch in diesem Fall, insofern die Befragung erst gegen Ende der Therapie vorgenommen wurde. Dies geschah im Rahmen einer Erhebung, bei der die Therapeuten verschiedene Fragebogen für spätere Diplomarbeiten ausfüllen mußten, bei denen die Einflüsse von Therapeuteneigenschaften untersucht werden sollten. So ist es denkbar, daß die Erfahrung mit dem Training die Erinnerung an die anfänglichen Erwartungen bezüglich der unterschiedlichen Effektivität getrübt haben könnte.

Bezogen auf die Erwartungen zu Beginn der Studie wurden die Therapeuten mit folgender Skala nach ihren Hypothesen gefragt:

0		1	2	3	4	
Es besteht gar kein Unterschied	Gruppe "X" wird	ein wenig	etwas	deutlich	sehr viel	besser abschneiden.

Die Therapeuten gaben als Anfangshypothese an, sie hätten erwartet, daß das Kombinationstraining (EG 2) "ein wenig bis etwas besser" abschneiden würde. Sie hatten also tatsächlich leichte positive Erwartungen zugunsten von EG 2 ($\bar{x} = 1{,}6$; $s = 1{,}1$).

3.3.4. Überprüfung weiterer konstant zu haltender Bedingungen

Wir haben über Charakteristika der Versuchspersonen und der Therapeuten, sowie über den organisatorischen Rahmen berichtet. Eine Reihe weiterer Variablen wurden in Kapitel 3.2.3. erwähnt wie Instruktionen, Übungssituationen, Vorgehen bei der Verstärkung usw. Nach der Beobachtung sowie den wöchentlichen Kontrollgesprächen entstand der Eindruck, daß es den Therapeuten hinreichend gelang, ihr eigenes Verhalten soweit zu steuern, daß sie bei den Klienten der beiden Gruppen die unterschiedliche Vorgehensweise realisieren konnten. Dies wäre nach unserer Einschätzung ohne das intensive Vortraining nicht möglich gewesen.

In diesem Kapitel wollen wir kurz über zwei Variablen berichten, über den Therapie-Kontrakt und die Quantität der gegebenen Verstärker.

Therapie-Kontrakt:

Alle Teilnehmer der Trainingsgruppen hatten zu Beginn einen Kontrakt unterzeichnet (ebenso die Therapeuten für die Klienten, siehe Anhang), in dem sich beide Seiten zu Pünktlichkeit und Gewissenhaftigkeit verpflichteten. Als nachträgliche Schätzung kann folgende Ausfallquote angegeben werden: Von den knapp 500 Treffen fielen wegen Unpünktlichkeit oder Nachlässigkeit der Versuchspersonen höchstens 25 Sitzungen aus. Das Verfahren des Kontraktes ist daher sehr zu empfehlen.

Zahl der Verstärkungen:

Die Versuchspersonen von EG 1 und EG 2 sollten natürlich auch gleich viele positive Verstärker bekommen. Zur Kontrolle dieser Variable waren die Therapeuten deshalb angewiesen, Strichlisten zu führen.

Das unlösbare Problem bestand nun darin, daß EG 2 im Gegensatz zu den anderen Gruppen Fremdverstärkung plus Selbstverstärkung erhielt. Es war deshalb entscheidend, daß die Therapeuten streng angewiesen wurden, Verstärkungen nur kontingent auf Selbstverstärkungen, nicht aber auf positives Verhalten auf dem Bildschirm zu geben.

Im Nachherein ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 12: Durchschnittliche Zahl der Verstärkungen pro Versuchsperson pro Therapiesitzung

EG 1:	24.85
EG 2 (nur Fremdverstärkung):	21.64
EG 2 (nur Selbstverstärkung):	21.10

Die Zahl der Fremdverstärkungen, die die Klienten des Kombinationstrainings (EG 2) erhielten, ist etwas kleiner als diejenige von EG 1, dafür ist die Summe von Fremd- und Selbstverstärkung bei EG 2 erheblich höher als die Zahl der Fremdverstärkung bei EG 1. So könnte argumentiert werden, daß EG 2 insgesamt wesentlich mehr Verstärker bekam als EG 1 und daß hierin eine wichtige Variable zu sehen sei.

Nun ist der Außeneinfluß jedoch als gleich anzusehen, nur die Art der Setzung unterscheidet sich, bei EG 1 erfolgt die Fremdverstärkung auf positives Verhalten (auf dem Bildschirm!), bei EG 2 allerdings auf eine adäquate Selbstreaktion (Selbstverstärkung). Außerdem muß auf den Unterschied der Fremdverstärkung bei den beiden Gruppen hingewiesen werden: Beim Verhaltenstraining bedeutete Fremdverstärkung "Aufleuchten der Signallampe und deskriptive Verbalisation des positiven Verhaltensaspektes", beim Kombinationstraining (EG 2) dagegen meist nur Kopfnicken oder

eine zustimmende Geste ("Finde ich auch!") und zu Beginn eine Hilfe bei der rationalen Begründung der Selbstverstärkung (qualitativer Aspekt).

3.3.5. Zur Datenauswertung

Für die verschiedenen Fragebogen wurden Klarsichtschablonen angefertigt, mit denen der Autor und eine studentische Hilfskraft für die einzelnen Fragebogen-Skalen die Summen aufaddierte, die als Rohwerte in die Berechnungsprozesse eingingen.

Die Arbeit mit den Schablonen wurde stichprobenartig wechselseitig kontrolliert.

Die Rohwerte wurden in vorbereitete Listen übertragen. Bevor sie auf Computer-Karten gelocht wurden, wurden sie - falls nötig, in einer Weise transformiert, daß nur positive Zahlen und keine Kommata vorkamen. Die zuletzt genannten Schritte wurden alle gründlich, teilweise doppelt überprüft.

Zur Einschätzung des Verhaltenstests wurden die dargestellten Verfahren angewandt. Die Aufnahmen vor und nach der Therapie wurden zusammen eingestuft, die der Nachkontrolle drei Monate später. Aus zeitlichen und organisatorischen Gründen war es nicht möglich, alle Aufnahmen noch einmal und zusammen einzustufen, da dies etwa drei Tage in Anspruch genommen hätte.

Zur Einstimmung der Beurteiler zeigten wir noch einmal drei Aufnahmen aus der Sitzung nach Beendigung der Therapie und nahmen die damaligen Einstufungen als Orientierungs- und Vergleichs-Kriterien.

Kritische Anmerkung: Selbstkritisch muß gesagt werden, daß es wünschenswert gewesen wäre, wenn die Beurteiler mehrere Aufnahmen der ersten Sitzung noch einmal eingestuft hätten, um überprüfen zu können, ob sie jetzt auf dieselbe Weise, mit demselben Anspruchsniveau eingeschätzt haben.

Hier muß eine weitere wichtige Information gegeben werden: Die Beurteiler haben bei diesem zweiten Treffen nicht nur Nachkontroll-Aufnahmen eingestuft. Dies hätte aller Wahrscheinlichkeit nach die Sichtweise beeinflußt. Wir zeigten auch noch Aufzeichnungen vor Verhaltenstests von Klienten der inzwischen behandelten Kontrollgruppe, die mit verschiedenen Verfahren trainiert worden waren. Die Beurteiler wußten also nicht, ob es sich bei der konkreten Aufnahme um ein Rollenspiel der Nachkontroll-Personen oder der Kontroll-Gruppe handelte.

Zusammenfassend kann für die Einschätzung der Verhaltenstests gesagt werden, daß der Vergleich von EG 1 und EG 2 zu den drei Meßzeitpunkten unproblematisch ist, daß aber der Vergleich der Verhaltensdaten vor und nach der Therapie mit denen der Nachkontrolle mit einem Unsicherheitsfaktor behaftet ist, da keine exakte Überprüfung vorgenommen worden ist, ob die Beurteiler an beiden Terminen identische Maßstäbe anlegten. Die Beurteiler hatten allerdings an einigen früheren Aufzeichnungen geübt, sich auf dieselben Maßstäbe einzustellen.

Auch die Daten der Verhaltenstests mußten erst aufgearbeitet werden: Für jedes Rollenspiel wurde ein Mittelwert aus den Einstufungen der Beurteiler errechnet, der anschließend für die Computerverrechnung so transformiert wurde, daß nur noch positive Zahlen ohne Komma vorkamen. Die Datenbearbeitung wurde stichprobenartig wechselseitig kontrolliert und überwacht.

3.4. Darstellung der Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden wir im wesentlichen der Reihenfolge der Hypothesen folgen. Wir wollen dabei nur die wichtigsten Berechnungen zitieren und nur einige Tabellen anführen. Im Anhang sind Tabellen mit sämtlichen relevanten Berechnungsergebnissen einzusehen.

Vor der eigentlichen Ergebnisdarstellung soll jedoch kurz zusammengefaßt werden, wie die Rohwerte, die in die Berechnungen eingegangen sind, in Endwerte transformiert wurden.

Im Anschluß daran wird kurz über eine Fragebogenerhebung berichtet, die es uns gestattet, Vergleichswerte einzelner Fragebogenskalen von einer Normalpopulation den Daten unserer Klienten gegenüberzustellen. Dies erlaubt die bessere Einschätzung unserer Versuchspersonen. Im Anschluß daran soll über die Überprüfung der einzelnen Hypothesen berichtet werden.

3.4.1. Gewinnung der Endwerte auf den verschiedenen Meßebenen (Datentransformation)

In Kapitel 3.2.4. sind die angewandten Meßverfahren dargestellt. An dieser Stelle sollen die Verfahren der Transformation der Rohwerte und die endgültigen Skalen zusammengefaßt werden.

Die sieben Skalen des Unsicherheitsfragebogens, die alle unterschiedliche Rohwertskalen haben, wurden aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit untereinander alle auf die Skala von 0 bis 100 transformiert.

Für jede Unterskala gilt: Summe der Items minus Zahl der Items. Dies Ergebnis wird durch Zahl der Items geteilt und mit der Zahl 20 multipliziert.

Die sieben Skalen des Emotionalitäts-Inventars (EMI) wurden auf die Skala von 0 bis 50 transformiert, indem vom Summenwert der Itemwerte bei jeder Skala die Zahl 10 subtrahiert wurde.

Bei folgenden Fragebogen wurden die Summenwerte nicht weiter transformiert:

- Soziale Angst und Vermeidung (SAV): 0 - 28
- Angst vor negativer Bewertung (ANB): 0 - 30
- Neurotizismus (EPI): 0 - 24
- Extraversion (EPI): 0 - 24

Bei der Situationseinschätzung wurde die Skala 1 - 10 (gleich Panik) dadurch erreicht, daß der Mittelwert der Einschätzungen aller Situationen errechnet wurde.

Bei der Selbstbewertung eigenen Verhaltens nach dem Verhaltenstest wurden die fünf Werte der Skalen zu einem Summenwert addiert (-25 bis +25).

Abnahme der Selbstunzufriedenheit

Selbstunzufriedenheit faßten wir als Differenz von Selbstbild und Wunschbild. Beide Werte beziehen sich auf den Vergleich der Person zu einer Vergleichspopulation und geben den Prozentwert einer bestimmten Menge dieser Population an ("Ich bin sicherer als x Prozent.") Beide Werte können als Minimalwert 0 und als Maximalwert 100 Prozent haben.

Die beiden quantitativen Verhaltensmaße wurden unverändert belassen:

Die Häufigkeit des Ich-Gebrauchs während des Rollenspieles wird als absoluter Wert angegeben und der prozentuale Anteil des Blickkontaktes stellt den Anteil der Zeit des gehaltenen Blickkontaktes an der Gesamtzeit des Rollenspieles dar.

Die qualitativen Verhaltensmaße wurden nach den Computerberechnungen wieder in ihre ursprüngliche Skala von -5 bis +5 transformiert.

3.4.2. Zum Vergleich der Ergebnisse mit Normwerten

Die Fragebogenskalen Neurotizismus und Extraversion des EPI wurden an verschiedenen Eichstichproben normiert. Die Handanweisung des Tests gibt diese Normwerte an. Für die anderen Fragebogen liegen derartige Werte noch nicht veröffentlicht vor.

Für seine Diplomarbeit zur Untersuchung von Angstfragebogen (in Vorbereitung) hat G. TROSIEN zu Beginn des Jahres 1975 in Detmold an einer Fachhochschule für Sozialpädagogik die Fragebogen U, EMI, SAV und ANB an Studenten verteilt. Die folgende Tabelle soll Kennwerte der Stichprobe aus Detmold solchen von unseren Versuchspersonen gegenüberstellen:

Tabelle 13: Vergleich von Normstichprobe und Versuchspersonen der vorliegenden Studie (für U, EMI, SAV und ANB)

	Stichprobe Detmold	Versuchspersonen Münster
Zahl	49	71
Geschlecht:		
männlich	11	43
weiblich	38	28
Alter	23.36 (18-40)	22.73 (16-35)
Beruf	Studenten Fachhochschule	Studenten Universität

Beide Gruppen sind hinsichtlich Alter und Beruf sehr ähnlich, das Verhältnis der Geschlechter unterscheidet sich aber deutlich voneinander. Wir gehen dennoch davon aus, daß wir die hier gewonnenen Normdaten als grobe Orientierungswerte verwerten können, wenngleich wir uns bewußt sind, daß durch die unterschiedliche Geschlechtsverteilung und die momentan noch fehlende getrennte Auswertung der Daten nach den beiden Geschlechtern eine nicht näher bestimmbare Unsicherheit beim Vergleich der beiden Gruppen unvermeidlich ist. Interpretationen sind daher nur dann überzeugend, wenn deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen vorliegen.

3.4.3. Vergleich der Effektivität der beiden Trainingsgruppen (Hypothese 1)

Bei der Ableitung der Hypothesen hatten wir drei generelle Bereiche angegeben, die für die Effektivitätsüberprüfung wichtig sein sollten (Kapitel 3.1.):

- Angst und Unsicherheit
- Selbstbewertung und Normabhängigkeit
- Verhaltensgeschicklichkeit.

Es scheint uns sinnvoll, die Hypothese für die drei oben ausgeführten Bereiche getrennt zu überprüfen.

In diesem Kapitel der Effektivitätsvergleiche wollen wir noch keine graphischen Darstellungen vorstellen. Es scheint uns günstiger zu sein, erst in dem Kapitel 3.4.4. Graphiken anzuführen, in denen dann absolute Werte vor und nach der Therapie und bei der Nachkontrolle, das heißt, drei Monate nach Abschluß der Therapie angegeben sind. Häufig werden wir auch nur auf signifikante Unterschiede hinweisen, ohne Mittel-

werte und Streuungen im Text anzugeben. Der interessierte Leser wird gebeten, die entsprechenden ihn interessierenden Werte in den betreffenden Tabellen im Anhang einzusehen.

3.4.3.1. Angst und Unsicherheit

Wir erwarten nach Hypothese 1, daß die Kombinationstherapie (EG 2) dem Verhaltenstraining (EG 1) in der Weise überlegen ist, daß sie zu einer stärkeren Abnahme der Angst und Unsicherheit führt.

In Kapitel 3.2.4.1. hatten wir uns dafür entschieden, folgende Meßinstrumente anzuwenden:

- Generelle Unsicherheit: U-Fragebogen, Skala U-1
- Angst zu fordern und Wünsche zu äußern: Skala U-5
- Situations-Einschätzungen.

Als zusätzliche, ergänzende Maße wählten wir:

- Soziale Angst und Vermeidung (SAV)
- Psychomotorische Angst (EMI-1)
- Hemmung (EMI-2)
- Vegetative Labilität, erlebte Nervosität (EMI-3)
- Erlebte Hilflosigkeit und Angst (EMI-6).

Die Mittelwerte und Streuungen der einzelnen Meßwerte, Gruppen und Meßzeitpunkte sollen an dieser Stelle nicht augeführt werden. Wir wollen hier nur die Ergebnisse der statistischen Überprüfung der Mittelwertunterschiede anführen (siehe Tabelle 14).

Die absoluten Werte werden teilweise in den nächsten Kapiteln zusammenfassend aber im Anhang abgedruckt.

Wie aus Tabelle 14 zu ersehen ist, bestand auf keinem der Maße zu Beginn des Trainings ein signifikanter, überzufälliger Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Mit Ausnahme einer Befindlichkeitsskala (ergänzendes Maß) ist die Kombinationstherapie (EG 2) dem Verhaltenstraining (EG 1) auf allen Maßen nach der Therapie signifikant überlegen. EG 1 ist auf keiner der Ebenen EG 2 überlegen. Wie wir aber aus den Spalten 4 und 5 entnehmen können, haben sich beide Gruppen auf allen Maßen signifikant verbessert.

Die angeführten Ergebnisse sprechen sehr deutlich im Sinne unserer Erwartungen. Wir können im Sinne unserer Hypothese bereits festhalten, daß die Kombinationstherapie (EG 2) tatsächlich zu einer wesentlich stärkeren Reduktion von Angst und sozialer Unsicherheit und zu einer Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit führt als dies bei reinem Verhaltenstraining (EG 1) der Fall ist.

3.4.3.2. Selbstbewertung und Normabhängigkeit

In Kapitel 3.2.4.2. hatten wir für diesen Bereich folgende Meßinstrumente vorgesehen oder entwickelt:

- Abnahme der Selbstunzufriedenheit
- Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen (U-6)
- Übertriebene Normabhängigkeit und Rücksichtnahme (U-7)
- Selbstbewertung eigenen Verhaltens beim Verhaltenstest
- Angst vor negativer Bewertung (ANB).

Tabelle 14: Überprüfung der Mittelwertunterschiede zwischen den beiden experimentellen Gruppen für den Bereich "Angst und Unsicherheit"

	[1] Signifikante Vortest-Unterschiede	Signifikante Nachtestunterschiede EG 2 besser EG 1		EG 1 besser EG 2		[3] Signifikante Verbesserung innerhalb der Gruppen EG 1		EG 2	
		t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.
U - 1	--	2.02	5 %	--		4.25	0.05 %	6.69	0.05 %
U - 5	--	[2] 2.42	1 %	--		1.81	5 %	3.97	0.05 %
S.Ein.	--	1.76	5 %	--		4.97	0.05 %	5.82	0.05 %
SAV	--	1.90	5 %	--		4.62	0.05 %	7.72	0.05 %
EMI - 1	--	--		--		4.68	0.05 %	3.00	0.5 %
EMI - 2	--	2.36	2.5 %	--		6.58	0.05 %	7.61	0.05 %
EMI - 3	--	[2] (1.44	12.5 %)	--		4.31	0.05 %	3.69	0.1 %
EMI - 6	--	2.30	2.5 %	--		3.71	0.1 %	5.31	0.05 %

Legende:

Sig.N.: Signifikanz-Niveau
EG 1 : Verhaltenstraining
EG 2 : Kombinationstraining
U - 1 : Generelle Unsicherheit
U - 5 : Angst zu fordern
S.Ein.: Situationseinschätzung
EMI-1 : Psychomotorische Angst
EMI-2 : Hemmung
EMI-3 : Vegetative Labilität
EMI-6 : Psychische Hilflosigkeit

[1] Die Mittelwertunterschiede in Spalte 1 bis 3 wurden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft, die Varianzhomogenität war zuvor geprüft worden (F-Test).

[2] Hier lag keine Varianzhomogenität vor. Deshalb wurde der t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH berechnet.

[3] In den Spalten 4 und 5 geschah die Prüfung der Unterschiede über die Differenzwerte mittels des t-Tests für abhängige Stichproben.

Die Abnahme der Selbstunzufriedenheit interessiert uns zum einen bezogen auf die generelle erlebte Selbstsicherheit, zum anderen auf die erlebte spezielle Fähigkeit, Forderungen und Wünsche zu äußern.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Mittelwertunterschiede sind in Tabelle 15 wiedergegeben.

Wie deutlich wird, waren auch hier zu Beginn der Therapie keine signifikanten Mittelwertunterschiede zu finden. Am Ende der Therapie war die Kombinationstherapie dem Verhaltenstraining auf beinahe allen Maßen signifikant überlegen, obwohl sich auch hier beide Gruppen signifikant verbessert hatten. Kein signifikanter Unterschied war bei der "Selbstunzufriedenheit mit der erlebten eigenen Fähigkeit, Forderungen und Wünsche zu äußern", sowie beim Zusatzmaß "Angst vor negativer Bewertung" festzustellen.

Dennoch können wir davon ausgehen, daß wir unsere Hypothese aufrechterhalten können: Kombinationstherapie (EG 2) führt zu einer stärkeren Reduktion der Schuldgefühle, der Normabhängigkeit und der generellen Selbstunzufriedenheit, sowie zu einer stärkeren Tendenz, eigenes Verhalten zu akzeptieren, als reines Verhaltenstraining (EG 1).

Die Interpretation des zuletzt genannten Maßes muß solange relativiert werden, bis wir Veränderungen im Bereich der Verhaltensgeschicklichkeit überprüft haben, da die Zunahme in positiver Selbstbewertung auch tatsächlich Verbesserung der Verhaltensgeschicklichkeit widerspiegeln kann.
Hypothese 1 kann also auch für den Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" beibehalten werden.

Tabelle 15: Überprüfung der Mittelwertunterschiede zwischen den beiden experimentellen Gruppen für den Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit"

	[1] Signifikante Vortest-Unterschiede	Signifikante Nachtestunterschiede				[3] Signifikante Verbesserung innerhalb der Gruppen			
		EG 2 besser EG 1		EG 1 besser EG 2		EG 1		EG 2	
		t	Sig.N.			t	Sig.N.	t	Sig.N.
S.U.G.	--	2.05	2.5 %	--		4.15	0.05 %	4.05	0.05 %
S.U.F.	--	--		--		4.60	0.05 %	3.38	0.05 %
U - 6	--	[2] 3.52	0.5 %	--		--		4.77	0.1 %
U - 7	--	1.80	5 %	--		3.57	0.1 %	3.84	0.1 %
S.Bew.	--	1.88	5 %	--		8.79	0.05 %	13.13	0.05 %
ANB	--	--		--		4.28	0.05 %	5.62	0.05 %

Legende: Sig.N.: Signifikanz-Niveau
S.U.G.: Selbstunzufriedenheit bezogen auf generelle Selbstsicherheit;
S.U.F.: Selbstunzufriedenheit bezogen auf Fähigkeit zu fordern;
U - 6 : Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen;
U - 7 : Übertriebene Normabhängigkeit;
S.Bew.: Selbstbewertung eigenen Verhaltens beim Verhaltenstest;
ANB : Angst vor negativer Bewertung.

[1] Für die statistischen Verfahren gilt auch hier die Legende von Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH.

[3] t-Test für abhängige Stichproben über Differenzenbildung.

3.4.3.3. Verhaltensgeschicklichkeit

In Kapitel 3.2.4.3. hatten wir folgende Dimensionen zur Einschätzung der Verhaltenstests herausgearbeitet:

1. Häufigkeit des Wörtchens ICH
2. Prozentanteil des Blickkontaktes
3. Genereller Eindruck der Selbstsicherheit
4. Körperhaltung
5. Mimik
6. Gestik
7. Qualität des Blickkontaktes
8. Laustärke und Klarheit der Stimme
9. Stimmausdruck
10. Inhalt 1: Konzept durchhalten vs. sich ablenken lassen
11. Inhalt 2: Fordern vs. betteln
12. Inhalt 3: Direkte vs. indirekte Formulierung.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Mittelwertunterschiede sind in Tabelle 16 aufgeführt.

Beim Vortest ist EG 1 der Kombinationstrainingsgruppe in Dimension 2 signifikant überlegen, beim Nachtest dagegen signifikant unterlegen. Ansonsten bestehen keine bedeutsamen Vortest-Unterschiede.

Beim Nachtest bestehen ebenfalls keine bemerkenswerten Gruppenunterschiede. Nur in der erwähnten Dimension 2, Anteil des Blickkontaktes, ist das Kombinationstraining überlegen.

Vergleicht man die Entwicklung der beiden Gruppen, so zeigt sich, daß beide Gruppen signifikante Verbesserungen aufweisen. Während die Kombinationstrainingsgruppe sich auf allen Dimensionen verbessert, zeigt EG 1 auf drei Dimensionen keine signifikante

Tabelle 16: Überprüfung der Mittelwertunterschiede zwischen den beiden experimentellen Gruppen für den Bereich "Verhaltensgeschicklichkeit"

	[1] Signifikante Vortest-Unterschiede		Signifikante Nachtestunterschiede				[3] Signifikante Verbesserung innerhalb der Gruppen			
			EG 2 besser EG 1		EG 1 besser EG 2		EG 1		EG 2	
	t	Sig.N.	t	Sig.N.			t	Sig.N.	t	Sig.N.
1.	--		--		--		--		2.28	2.5 %
2.	[2] 2.08 (EG 1 besser EG 2)	2.5 %	2.74	1 %	--		--		5.01	0.05 %
3.	--		--		--		3.47	0.5 %	5.69	0.05 %
4.	--		--		--		2.16	2.5 %	3.41	0.5 %
5.	--		--		--		2.67	1 %	5.01	0.05 %
6.	--		--		--		3.27	0.5 %	3.81	0.1 %
7.	--		--		--		2.17	2.5 %	3.57	0.5 %
8.	--		--		--		4.62	0.05 %	2.19	2.5 %
9.	--		--		--		2.36	2.5 %	2.98	0.5 %
10.	--		--		--		--		3.48	0.5 %
11.	--		--		--		2.16	2.5 %	3.29	0.5 %
12.	--		--		--		2.04	2.5 %	2.06	5 %

Legende: Die Zuordnung von Zahlen und Verhaltens-Dimensionen ist den Ausführungen dieses Kapitels zu entnehmen.

[1] Für die statistische Auswertung gelten die Hinweise von Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH.

Veränderung. Dies kann als leichte Überlegenheit von EG 2 ausgelegt werden.

Weiterhin kann überprüft werden, ob EG 1 und EG 2 sich beide von der Warteliste-Kontrollgruppe in unterschiedlicher Weise unterscheiden. Dies ist ein Vorgriff auf ein späteres Kapitel. Kurz zusammengefaßt läßt sich sagen, daß sich EG 1 nach der Therapie nur auf den Verhaltensdimensionen 1, 2, 3, 4 und 7 signifikant von der Wartegruppe unterscheidet, während EG 2, die Kombinationstherapie, sich auf beinahe allen Dimensionen (außer 8 und 10) signifikant von der Kontrollgruppe abhebt. Dies ist ebenfalls als Vorteil für EG 2 zu interpretieren.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß wir von keiner deutlichen Überlegenheit der Kombinationstherapie sprechen können, auch wenn sie sich stärker von der Kontrollgruppe abhebt als das Verhaltenstraining. Dennoch können wir die Hypothese 1 für den Bereich Verhaltensgeschicklichkeit im Moment als nicht eindeutig bestätigt ansehen.

Als Vorgriff sei bereits darauf hingewiesen, daß sich bei der Nachkontrolle, drei Monate nach Beendigung der Therapie, wesentlich deutlichere Unterschiede im Bereich Verhaltensgeschicklichkeit finden lassen, so daß unter einer längerfristigen Perspektive, die ja von der kurzfristigen Veränderung nicht getrennt werden darf, doch von einer deutlichen Überlegenheit des Kombinationstrainings im Sinne der Hypothese gesprochen werden kann.

3.4.3.4. Zusammenfassung für Hypothese 1

Die Überprüfung hat ergeben, daß die Hypothese 1, die eine höhere Effektivität bei dem Kombinationstraining erwarten ließ, für die beiden Bereiche "Angst und Unsicherheit" und "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" bestätigt, das heißt, nicht falsifiziert werden konnte. Dies gilt nicht für den dritten Bereich der "Verhaltensgeschicklichkeit". Die erwartete deutliche Überlegenheit des Kombinationstrainings ließ sich am Ende der Therapie nicht feststellen, wenngleich sich die Vergleiche zur Kontrollgruppe als tendenzielle Überlegenheit des Kombinationstrainings interpretieren lassen. Es wird von großem Interesse sein, wie sich in diesem Bereich die vorhandenen Unterschiede bei der Nachkontrolle entwickeln werden.

Die Stabilität von Ergebnissen, die im nächsten Kapitel überprüft werden soll, kann letzten Endes nicht vom Kriterium der Effektivität getrennt werden. Dies geschieht hier nur, um die einzelnen Prozesse genauer nachvollziehen zu können. Effektivität therapeutischer Arbeit muß immer auch Stabilität der erreichten Lernfortschritte einschließen.

3.4.4. Überprüfung der Stabilität des Lernfortschrittes der beiden experimentellen Gruppen (Hypothese 2)

Unsere zweite Hypothese (Kapitel 3.1.) besagt, daß wir erwarten, daß bei der Nachkontrolle, drei Monate nach Beendigung der Therapie, die Unterschiede zwischen den beiden experimentellen Gruppen konstant bleiben oder sogar noch anwachsen. Wir erwarten also, daß die Überlegenheit des Kombinationstrainings auch

nach drei Monaten noch besteht oder sogar noch anwächst. Diese Hypothese bezieht sich auf die drei beschriebenen Effektivitätsbereiche und soll deswegen wieder für jeden der drei Bereiche getrennt untersucht werden.

Nachdem wir die bestehenden Unterschiede zwischen den experimentellen Gruppen bei der Nachkontrolle untersucht haben, wollen wir in jedem der Effektivitätsbereiche überprüfen, wo das Kombinationstraining (EG 2) nach der Therapie und bei der Nachkontrolle besser als EG 1 war, wo EG 2 nach der Therapie, aber nicht mehr bei der Nachkontrolle überlegen war, und wo EG 2 nach Beendigung noch nicht, wohl aber bei der Nachkontrolle EG 1 überlegen war. Weiterhin wollen wir uns ansehen, wo innerhalb der beiden experimentellen Gruppen signifikante Entwicklungen (Verbesserungen wie Verschlechterungen) zwischen dem Ende der Therapie und der Nachkontrolle festzustellen sind.

Stellvertretend soll in jedem der drei Bereiche eine graphische Darstellung mit den absoluten Werten eingefügt werden, um die Entwicklung vom Beginn der Therapie bis zur Nachkontrolle vorzuführen. Die übrigen absoluten Werte finden sich in den Tabellen des Anhangs.

3.4.4.1. Angst und Unsicherheit

In Tabelle 17 ist stellvertretend die Entwicklung in der Skala 1 des Unsicherheitsfragebogens "generelle Unsicherheit" dargestellt:

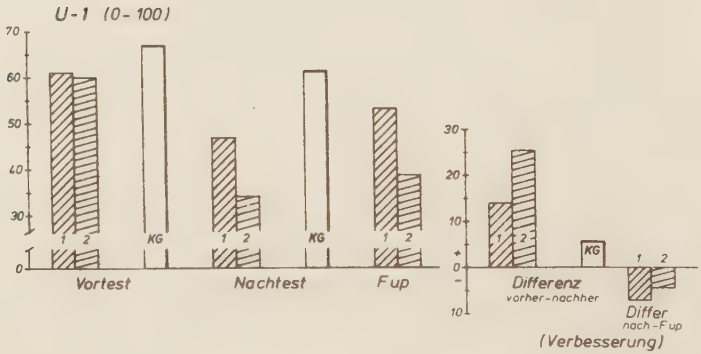
Tabelle 17: Abnahme der generellen Unsicherheit vom Vortest bis zur Nachkontrolle (hier F.up als Abkürzung)

Gruppenmittelwerte (siehe Kap. 3.4.1.)

Gruppe	Vortest	Nachtest	Nachkontrolle
EG 1	61.14	47.14	53.87
EG 2	60.00	34.16	38.47
KG	67.25	61.44	

Normalpopulation: 45.46

Abb. zu Tab. 17:



In Tabelle 18 haben wir die Ergebnisse unserer Berechnungen zusammengefaßt:

Die Ergebnisse der beiden Gruppen sind auf sämtlichen Maßen stabil geblieben (Spalten 4 und 5), mit der Einschränkung, daß die Gruppe "Verhaltenstraining"

Tabelle 18: Veränderungen der Meßwerte aus dem Bereich "Angst und Unsicherheit" bei der Nachkontrolle

	Nachkontrolle EG 2 besser EG 1			EG 2 besser EG 1 nach der Therapie und bei Nachkontr.	EG 2 besser EG 1 nach der Therapie, nicht mehr bei Nachkontrolle	Signifikante Entwicklungen vom Nachtest zur Nachkontrolle	
	t	Alpha				EG 1	EG 2
U-1	2.15	2.5	%	x		(t = 1.40 10 % Vs)	K
U-5	1.82	5	%	x		K	K
S.Ein.	1.60	10	%	(x)	(x)	K	K
Zusätzliche Maße:							
SAV	--				x	K	K
EMI-1	--				x	K	K
EMI-2	1.75	5	%	x		K	K
EMI-3	--				x	K	K
EMI-6	--				x	K	K

Legende: Alpha : Irrtumswahrscheinlichkeit
EG 1 : Verhaltenstraining
EG 2 : Kombinationstraining
U-1 : Generelle Unsicherheit
U-5 : Angst zu fordern
S.Ein.: Situationseinschätzung
EMI-1: Psychomotorische Angst
EMI-2: Hemmung
EMI-3: Vegetative Labilität
EMI-6: Psychische Hilflosigkeit
Vs : Verschlechterung
K : Konstant, keine signifikanten Veränderungen der Werte

(EG 1) sich beim Wert U-1 (generelle Unsicherheit) tendenziell verschlechtert (Signifikanzniveau: 10 Prozent).

Wenngleich die Werte insgesamt stabil geblieben sind, fällt doch der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in einigen Maßen nicht mehr so deutlich aus: Bei der Situationseinschätzung ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen nur noch tendenziell signifikant (Signifikanzniveau: 10 Prozent). Bei den Zusatzmaßen besteht nur noch in der Skala "Hemmung" ein signifikanter Unterschied, auf den anderen Skalen der emotionalen Befindlichkeit und des Fragebogens "Soziale Angst und Vermeidung" lassen sich keine signifikanten Unterschiede mehr finden.

Die Hypothese kann mit Einschränkung für den Bereich "Angst und Unsicherheit" aufrechterhalten werden: Die erreichten Werte bleiben weitgehend stabil und auf den entscheidenden Maßen besteht weiterhin eine deutliche Überlegenheit des Kombinationstrainings. Vor allem bei den Zusatzmaßen werden die Unterschiede undeutlicher und erreichen meist nicht mehr das gewünschte Signifikanznievau, obwohl sich innerhalb der Gruppen keine signifikante Entwicklung zeigen läßt. Die Ergebnisse bleiben also stabil, aber der Unterschied zwischen EG 1 und EG 2 wird nicht größer, sondern reduziert sich etwas. Mit dieser Einschränkung kann Hypothese zwei für den Bereich "Angst und Unsicherheit" angenommen werden.

3.4.4.2. Selbstbewertung und Normabhängigkeit

Stellvertretend für diesen Bereich haben wir in Tabelle 19 die Abnahme der Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen dargestellt (U-Fragebogen, Skala 6):

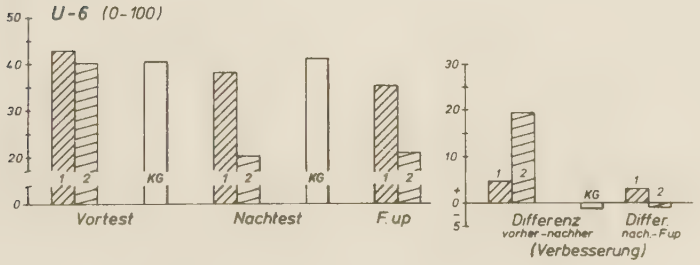
Tabelle 19: Abnahme der Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen vom Vortest bis zur Nachkontrolle (hier als F.up abgekürzt)

Gruppenmittelwerte (siehe Kap. 3.4.1.)

Gruppe	Vortest	Nachtest	Nachkontrolle
EG 1	43.69	38.29	35.40
EG 2	40.12	20.11	21.04
KG	40.69	41.38	

Normalpopulation: 35.04

Abb. zu Tab. 19:



Die Berechnungen zur Überprüfung der Hypothese zwei in diesem Bereich sind in Tabelle 20 dargestellt.

Es zeigt sich, daß beide Gruppen auf allen Meßwerten stabil geblieben sind. Die Gruppe, die das Kombinationstraining erhielt, zeigt jedoch eine tendenziell signifikante Verbesserung bei der "Selbstunzufriedenheit bezogen auf die Fähigkeit zu fordern", so daß EG 2 hier nun signifikant besser als EG 1 ist, nachdem bei der Messung nach Beendigung der Therapie noch kein Unterschied festzustellen war. Dasselbe gilt für das Maß "Angst vor negativer Bewertung".

Bei der "Selbstbewertung eigenen Verhaltens beim Verhaltenstest" verwischen sich die Unterschiede. Zwar zeigt keine Gruppe signifikante Veränderungen, dennoch fallen jetzt die Gruppenunterschiede nicht mehr signifikant aus (im Gegensatz zum Nachtest). Auf den übrigen Maßen besteht weiterhin eine signifikante Überlegenheit des Kombinationstrainings, wie dies in der Hypothese erwartet wurde.

Die Hypothese zwei kann auch für den Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" aufrechterhalten werden. Die Werte bleiben stabil, in zwei Bereichen zeigt EG 2 sogar eine tendenzielle Verbesserung. Die meisten Gruppenunterschiede fallen immer noch sehr deutlich aus. Als Einschränkung muß festgehalten werden, daß bei der Selbstbewertung des Verhaltenstests die Unterschiede kein ausreichendes Signifikanzniveau mehr erreichen.

Tabelle 20: Veränderungen der Meßwerte aus dem Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" bei der Nachkontrolle

	[1] Nachkontrolle EG 2 besser EG 1		EG 2 besser EG 1 nach der Therapie und bei der Nachkontrolle	EG 2 besser EG 1 nach der Therapie, nicht mehr bei Nachkontrolle	EG 2 besser EG 1 noch nicht nach Therapie, aber wohl bei der Nachkontrolle	[3] Signifikante Entwicklung vom Nachtest zur Nachkontrolle	
	t	Sig.N.				EG 1	EG 2
S.U.G.	2.37	2.5 %	x			K	K
S.U.F.	2.88	0.5 %			x	K	t = 1.59 Vb Sig.N.= 10 %
U - 6	[2] 2.57	1 %	x			K	K
U - 7	3.13	0.5 %	x			K	K
S.Bew.	--			x		K	K
ANB	2.13	2.5 %			x	K	t = 1.36 Vb Sig.N.= 10 %

Legende: Sig.N.: Signifikanz-Niveau
S.U.G.: Selbstunzufriedenheit bezogen auf generelle Selbstsicherheit;
S.U.F.: Selbstunzufriedenheit bezogen auf die Fähigkeit zu fordern;
U - 6 : Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen;
U - 7 : Übertriebene Normabhängigkeit;
S.Bew.: Selbstbewertung eigenen Verhaltens beim Verhaltenstest;
ANB : Angst vor negativer Bewertung;
K : Konstanz, keine signifikante Veränderung der Werte;
Vb : Verbesserung;
EG 1 : Verhaltenstraining;
EG 2 : Kombinationstraining.

[1] Für die statistischen Verfahren: siehe Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH.

[3] t-Test für abhängige Stichproben über Differenzenbildung.

3.4.4.3. Verhaltensgeschicklichkeit

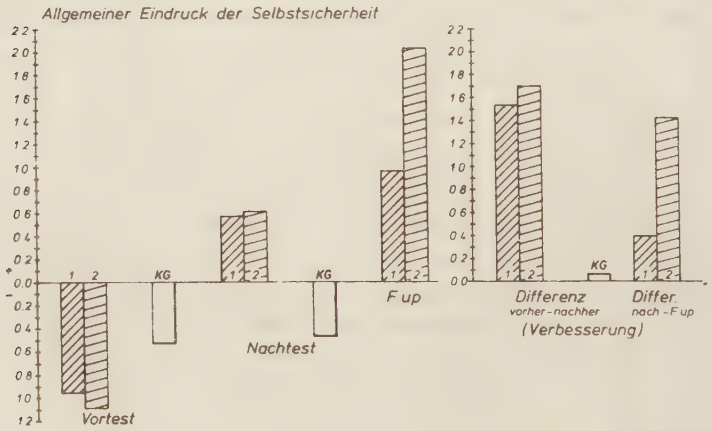
In diesem Bereich der Effektivitätsmaße soll als graphische Übersicht der "generelle Eindruck der Selbstsicherheit" herausgegriffen werden:

Tabelle 21: Zunahme des "generellen Eindrucks der Selbstsicherheit" bei der Einschätzung der Verhaltenstests vom Vortest bis zur Nachkontrolle (hier als F.up abgekürzt):

Gruppenmittelwerte (siehe Kap. 3.4.1.)

Gruppe	Vortest	Nachtest	Nachkontrolle
EG 1	- 0.96	+ 0.57	+ 0.96
EG 2	- 1.09	+ 0.61	+ 2.03
KG	- 0.54	- 0.48	

Abb. zu Tab. 21:



Wie im vorangegangenen Kapitel wollen wir die Berechnungen zur Überprüfung der Hypothese in einer weiteren Tabelle darstellen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Veränderungen der Meßwerte im Bereich "Verhaltensgeschicklichkeit" bei der Nachkontrolle

Das Kombinationstraining (EG 2) ist dem Verhaltenstraining (EG 1) überlegen,

(1) t: t-Test für unabhängige Stichproben, Varianzhomogenität gegeben.)

	bei der Nachkontrolle		nach der Therapie und bei der Nachkontrolle	nach der Therapie noch nicht, aber bei der Nachkontrolle	zu keinem Zeitpunkt	Signifikante Entwicklung vom Nachtest zur Nachkontrolle					
						EG 1			EG 2		
	t[1]	Alpha				t	Alpha		t	Alpha	
1.	2.41	2.5 %		x		K			K		
2.	3.00	0.5 %	x			2.21	2.5 %	Vb	K		
3.	2.32	2.5 %		x		K			4.05	0.05 %	Vb
4.	1.48	10 %		(x)	(x)	K			K		
5.	1.46	10 %		(x)	(x)	K			K		
6.	1.33	10 %		(x)	(x)	1.40	10 %	Vs	K		
7.	--				x	K			K		
8.	--				x	K			K		
9.	2.02	5 %		x		K			1.83	5 %	Vb
10.	1.89	5 %		x		K			2.22	2.5 %	Vb
11.	2.03	5 %		x		1.77	5 %	Vb	3.69	0.1 %	Vb
12.	2.47	1 %		x		1.77	5 %	Vb	4.74	0.05 %	Vb

Legende:
EG 1 : Verhaltenstraining
EG 2 : Kombinationstraining
Alpha: Irrtumswahrscheinlichkeit
K : Konstanz: Keine signifikanten Veränderungen
Vb : Verbesserung
Vs : Verschlechterung

1. Häufigkeit des Wörtchens "ICH"
2. Prozentanteil des Blick-Kontaktes
3. Genereller Eindruck der Selbstsicherheit
4. Körperhaltung
5. Mimik
6. Gestik
7. Qualität Blick
8. Lautstärke
9. Stimmausdruck
10. Inhalt 1: Konzept durchhalten
11. Inhalt 2: Fordern vs. Betteln
12. Inhalt 3: Direkte Formulierung

Die Ergebnisse zeigen, daß bei der Nachkontrolle eine stärkere Polarisierung eingetreten ist. Auf der Hälfte der Dimensionen finden sich nun signifikante Unterschiede, die am Ende der Therapie noch nicht zu finden waren, auf weiteren drei Dimensionen treten tendenzielle Unterschiede zugunsten des Kombinationstrainings auf. Interessant ist auch, daß EG 2 (das Kombinationstraining) auf der Dimension 3 (genereller Eindruck der Selbstsicherheit) sich signifikant weiterentwickelt. Zwar müssen die Vergleiche "Nachtest - Nachkontrolle" mit Vorsicht beurteilt werden, da die Video-Aufnahmen beider Meßzeitpunkte zu verschiedenen Zeiten eingestuft wurden. Es ist aber doch bemerkenswert, wenn sich nur eine von beiden Gruppen stark weiter verbessert, während sich bei der anderen keine signifikanten Entwicklungen finden lassen. Das Kombinationstraining zeigt auf mehr Dimensionen signifikante Weiterverbesserungen als EG 1, die sich zwar auch auf drei Dimensionen weiter verbessert, aber auf einer Dimension auch tendenziell verschlechtert. Nicht genau interpretiert werden können die Entwicklungen beider Gruppen auf den Dimensionen 11 und 12, da hier beide Gruppen sich in die gleiche Richtung entwickeln. Dies kann eine reale Entwicklung, aber auch eine unterschiedliche Einschätzung zu den verschiedenen Einschätzzeiten widerspiegeln.

Die Hypothese zwei kann auch für den Bereich "Verhaltensgeschicklichkeit" beibehalten werden. Die Differenzen zwischen den Gruppen wurden deutlich zugunsten des Kombinationstrainings größer.

3.4.4.4. Zusammenfassung für Hypothese 2

Die Überprüfung der zweiten Hypothese hat für die drei Bereiche der Effektivität ergeben, daß die erreichten Lernfortschritte weitgehend stabil geblieben sind. Vor allem das Kombinationstraining zeigt auf einigen Meßebenen sogar signifikante positive Weiterentwicklungen. Während auf den Zusatzmaßen der emotionalen Befindlichkeit die Differenzen zwischen den Gruppen nicht mehr signifikant sind, zeigen die Verhaltensmaße erst bei der Nachkontrolle überzufällige Unterschiede zwischen den Gruppen. Das heißt, auf beinahe allen wichtigen Fragebogen- und Verhaltensmaßen gilt, daß die bestehenden Unterschiede zwischen den Gruppen auch bei der Nachkontrolle wiederzufinden sind, oder noch deutlicher ausfallen, als dies bei dem Nachtest der Fall gewesen ist. Abgesehen von den Zusatzmaßen erreichen nur bei zwei Maßen die Gruppenunterschiede bei der Nachkontrolle kein ausreichendes Signifikanzniveau mehr. Damit kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden.

3.4.5. Überprüfung der Generalisierung des Lernfortschrittes (Hypothese 3)

Im Kapitel 3.2.4.4. haben wir als Maß für Generalisierung drei Unterskalen des Unsicherheits-Fragebogens gewählt, die sich auf weitere Verhaltensklassen beziehen:

- U-2: Kritik und Fehlschlag-Angst als Umgang mit Blamage und Kritik
- U-3: Angst, "nein" zu sagen und unberechtigte Forderungen abzulehnen
- U-4: Kontakt-Angst.

Wir wollen in diesem Kapitel überprüfen, ob sich Unterschiede im Ausmaß der Generalisierung finden lassen. Es scheint sinnvoll, als Zusatzmaß für Generalisierung generelle Therapie-Erfolgsmaße hinzuzunehmen, um auf diese Weise zu kontrollieren, ob das spezielle Training zu allgemeineren Verbesserungen geführt hat. Die beiden Maße

- Neurotizismus und
- Extraversion,

gemessen mit dem EPI (siehe Kapitel 3.2.4.5.) stellen hier nur ein zusätzliches Maß dar, weil beide Skalen nur indirekten Bezug zu Theorie und Praxis des Selbstsicherheitstrainings haben. Die Probleme der theoretischen Position EYSENCKs, die mit ihnen verbunden sind, können an dieser Stelle nicht ausgeführt werden.

Die Hypothese drei besagt, daß wir erwarten, daß das Kombinationstraining (EG 2) zu einer stärkeren Generalisierung nach der Therapie und bei der Nachkontrolle führend wird, als das Verhaltenstraining (EG 1). Wir werden daher Gruppenunterschiede einmal beim Nachtest und dann bei der Nachkontrolle untersuchen. Weiterhin sollen die Entwicklungen innerhalb der beiden Gruppen genauer angesehen werden. Die Ergebnisse der Berechnungen, die sich aus diesen Fragestellungen ergeben, sind in der Tabelle 23 wiedergegeben.

Beim Vortest hatten sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede gefunden. Beim Nachtest zeigt sich das Kombinationstraining auf sämtlichen Maßen überlegen, wenngleich sich beide Gruppen auf sämtlichen Maßen signifikant verbessert haben. Auch wenn reines Verhaltenstraining zu signifikanter Generali-

Tabelle 23: Unterschiede in der Generalisierung des Lernfortschrittes der beiden experimentellen Gruppen

	[1] EG 2 besser EG 1 nach Therapie			EG 2 besser EG 1 bei Nachkontrolle			[3] Signifikante Veränderungen innerhalb der Gruppen							
							Vortest - Nachtest EG 1			Vortest - Nachtest EG 2			Nachtest - Nachkontrolle EG 1		Nachtest - Nachkontrolle EG 2
	t	Sig.N.		t	Sig.N.		t	Sig.N.		t	Sig.N.		t	Sig.N.	
U - 2	2.53	1	%	2.53	1	%	3.39	0.5	%	4.88	0.05	%	1.82	5 % Vs	K
U - 3	2.69	1	%	3.38	0.1	%	3.84	0.1	%	4.88	0.05	%	K		K
U - 4 [2]	1.74	5	%	1.82	5	%	1.81	5	%	3.97	0.05	%	K		K
N	2.01	5	%	--			1.81	5	%	2.89	1	%	K		K
E	2.86	0.5	%	2.30	2.5	%	2.96	0.5	%	3.39	0.5	%	K		K

Legende: Sig.N.: Signifikanz-Niveau
U - 2 : Kritik- und Fehlschlag-Angst;
U - 3 : Angst, "nein" zu sagen;
U - 4 : Kontakt-Angst;
EG 1 : Verhaltenstraining;
EG 2 : Kombinationstraining;
K : Konstanz, keine signifikanten Veränderungen;
Vs : Verschlechterung;

Anmerkung: Es fanden sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede vor Beginn der Therapie. Deswegen wurde hierfür keine weitere Spalte einbezogen.

[1] Zur statistischen Auswertung siehe Legende zur Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH.

[3] t-Test für abhängige Stichproben über Differenzenbildung.

sierung führt, ist doch das Kombinationstraining eindeutig effektiver. Dieses Bild bleibt weitgehend auch bei der Nachkontrolle erhalten. Die Werte der beiden Gruppen bleiben insgesamt konstant. Nur EG 1 zeigt auf einem Maß (Kritik- und Fehlschlag-Angst) wieder eine signifikante Verschlechterung. Bei dem Zusatzmaß "Neurotizismus" fallen die Gruppenunterschiede bei der Nachkontrolle allerdings nicht signifikant aus.

3.4.5.1. Zusammenfassung für Hypothese 3

Hypothese drei kann aufrechterhalten werden. Das Kombinationstraining zeigt sowohl beim Nachtest wie bei der Nachkontrolle eine signifikant stärkere Generalisierung als die Gruppe mit dem Verhaltenstraining.

3.4.6. Vergleich der experimentellen Gruppen mit der Warte-Kontrollgruppe (Hypothese 4) und mit Werten der Normal-Population

Hypothese vier besagt, daß wir erwarten, daß beide Gruppen, die ein Training erhielten, auf den verschiedenen Effektivitätskriterien besser als die Warte-Kontrollgruppe abschneiden. Dies soll im folgenden überprüft werden. Weiterhin wollen wir die Generalisierungsmaße in diese Überprüfung mit einbeziehen.

Anschließend wollen wir kurz über einen Vergleich der Vor- und Nachtest-Daten der Gruppen mit Werten der beschriebenen Normal-Population berichten.

Die Analyse der Entwicklung der Kontroll-Gruppen-Daten zeigt, daß auf einigen Meßebenen signifikante Verbesserungen eingetreten sind, die als spontane Remission gefaßt, also auf unbekannte Ursachen zurückgeführt werden müssen (siehe Tabelle 24, Spalte 5):

- Generelle Unsicherheit (U-1)
- Kritik- und Fehlschlag-Angst (U-2)
- Kontakt-Angst (U-4)
- Hemmung (EMI-2)
- Vegetative Labilität (EMI-3)
- Selbstbewertung eigenen Verhaltens
- Häufigkeit des "Ich"-Gebrauches beim Verhaltenstest
- Mimik
- Stimmausdruck.

Die Veränderungen der Verhaltenswerte und der Selbstbewertung eigenen Verhaltens können möglicherweise auf die Wiederholung des Erlebnisses "Verhaltenstest mit Video-Aufzeichnung" zurückgeführt werden. Ansonsten mögen die Daten dadurch beeinflußt sein, daß die Kontroll-Gruppenmitglieder beim Nachtest erwarteten, nun ihrerseits Therapie zu bekommen. In jedem Fall demonstrieren diese signifikanten Veränderungen anschaulich die Notwendigkeit von unbehandelten Kontrollgruppen.

3.4.6.1. Vergleich der beiden Experimentalgruppen mit der Kontrollgruppe

In Tabelle 24 sind die Ergebnisse der Berechnungen wiedergegeben. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 24: (1. Teil)
Vergleich der beiden experimentellen Gruppen mit der Kontrollgruppe und signifikante Veränderungen der Kontrollgruppenwerte

	[1] Unterschiede beim Vortest EG 1 - KG		EG 2 - KG		Unterschiede beim Nachtest EG 1 besser KG		EG 2 besser KG		[3] Veränderung der Werte bei der KG	
	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.
1. Angst und Unsicherheit										
U-1	--		--		2.77	0.5 %	5.26	0.05 %	2.92	0.5 %
U-5	--		--		[2] 1.94	5 %	5.65	0.05 %	--	
S.Ein.	--		--		[2] 3.21	0.5 %	[2] 4.69	0.05 %	--	
SAV	--		--		--		2.93	0.5 %	--	
EMI-1	--		--		2.05	2.5 %	2.65	1 %	--	
EMI-2	--		--		3.42	0.5 %	6.57	0.05 %	3.54	0.1 %
EMI-3	--		--		2.42	2.5 %	3.90	0.05 %	2.40	2.5 %
EMI-6	--		--		2.30	2.5 %	4.31	0.05 %	--	

Legende:
U-1: Generelle Unsicherheit
U-5: Angst zu fordern
S.Ein.: Situationseinschätzung
SAV: Soziale Angst und Vermeidung
EMI-1: Psychomotorische Angst
EMI-2: Hemmung
EMI-3: Vegetative Labilität
EMI-6: Psychische Hilflosigkeit

Sig.N.: Irrtumswahrscheinlichkeit.

[1] Zur Anwendung der statistischen Verfahren, siehe Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen nach WELCH.

[3] t-Test für abhängige Stichproben über Differenzenbildung.

Fortsetzung Tabelle 24: (2. Teil)

	[1] Unterschiede beim Vortest EG 1 - KG		EG 2 - KG		Unterschiede beim Nachtest EG 1 besser KG		EG 2 besser KG		[3] Veränderung der KG - Werte	
	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.
2. Selbstbewertung und Normabhängigkeit										
S.U.G.	2.26	2.5 % (KG besser)	--		2.61	1 %	4.67	0.05 %	--	
S.U.F.	--		--		3.89	0.05 %	4.78	0.05 %	--	
U - 6	--		--		--		4.90	0.05 %	--	
U - 7	--		--		3.17	0.5 %	4.94	0.05 %	--	
ANB	--		--		1.74	5 %	2.73	1 %	--	
S.Bew.	--		--		5.70	0.05 %	7.26	0.05 %	2.87	0.5 %
3. Generalisierungsmaße										
U - 2	--		--		--		4.33	0.05 %	3.31	0.5 %
U - 3	--		--		--		4.14	0.05 %	--	
U - 4	--		--		2.43	1 %	3.95	0.05 %	2.34	2.5 %
N	2.48	2.5 % (KG besser)	--		--		[2] (1.43	12.5 %)	--	
E	--		--		--		4.00	0.05 %	--	

Legende: Sig.N.: Signifikanz-Niveau;
S.U.G.: Selbstunzufriedenheit bezogen auf generelle Unsicherheit;
S.U.F.: dass., bezogen auf Unfähigkeit zu fordern;
U - 6 : Schuldgefühle;
U - 7 : Normabhängigkeit;
ANB : Angst vor negativer Bewertung;
S.Bew.: Selbstbewertung eigenen Verhaltens beim Verhaltenstest;
U - 2: Kritik- und Fehlschlag-Angst;
U - 3: Angst, "nein" zu sagen;
U - 4: Kontaktangst;
N : Neurotizismus;
E : Extraversion.

[1] Zur Anwendung der statistischen Verfahren siehe Tabelle 14, Seite 150.

[2] t-Test für ungleiche Varianzen.

[3] t-Test für abhängige Stichproben

Fortsetzung Tabelle 24: (3. Teil)

	1) 0) Signifikante Nachtestunterschiede EG 1 besser KG		EG 2 besser KG		3) Signifikante Veränderung der KG - Werte	
	t	Sig.N.	t	Sig.N.	t	Sig.N.
4. Verhaltensgeschicklichkeit						
1.	2)(1.62	12.5 %)	2)2.06	5 %	2.82	0.5 %
2.	1.85	5 %	4.72	0.05 %	--	
3.	1.99	5 %	2.05	2.5 %	--	
4.	2)3.07	0.5 %	2.27	2.5 %	--	
5.	1.68	5 %	2)2.47	1 %	2.95	0.5 %
6.	--		2.27	2.5 %	--	
7.	2)(1.56	12,5 %)	2)2.61	1 %	--	
8.	--		--		--	
9.	--		--		2.40	2.5 %
10.	--		2)1.68	5 %	--	
11.	--		2)(1.61	12.5 %)	--	
12.	--		--		--	

0) Anmerkung: Da keine signifikanten Vortestunterschiede zu finden waren, wurden die entsprechenden Spalten hier weggelassen.

Legende: Sig.N.: Signifikanz-Niveau
1.: Häufigkeit des Wörtchens "ICH"
2.: Prozentanteil des Blick-Kontaktes
3.: Genereller Eindruck der Selbstsicherheit
4.: Körperhaltung
5.: Mimik
6.: Gestik
7.: Qualität Blick
8.: Lautstärke
9.: Stimmausdruck
10.: Inhalt 1: Konzept durchhalten
11.: Inhalt 2: Fordern vs. Betteln
12.: Direkte Formulierung

1) Zur Anwendung der statistischen Verfahren siehe Tabelle 14, Seite 150.

2) t-Test für ungleiche Varianzen (WELCH).

3) t-Test für abhängige Stichproben.

Verhaltenstrainingsgruppe (EG 1) vs. Kontrollgruppe:

Im Bereich "Angst und Unsicherheit" ist EG 1 auf allen Hauptmaßen und mit Ausnahme des SAV auch auf allen Zusatzmaßen der Kontrollgruppe signifikant überlegen. Im Bereich "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" ist EG 1 ebenfalls mit einer, allerdings bedeutsamen Ausnahme (Schuldgefühle, U - 6) auf allen Maßen signifikant besser als die Kontrollgruppe. Bei der "Verhaltensgeschicklichkeit" ist EG 1 nur bei einem Drittel der Einschätzdimensionen besser eingestuft worden als die Kontrollgruppe.

Bei den Generalisierungsmaßen ist EG 1 in der Abnahme der Kontaktangst (U - 4) und des Neurotizismus überlegen. Hier zeigt sich zwar beim Nachtest kein signifikanter Unterschied, aber EG 1 war der Kontrollgruppe beim Vortest signifikant unterlegen. Auf den drei anderen Maßen (Extraversion, Kritikangst, Neinsage-Angst) unterscheidet sich EG 1 nicht von der Kontrollgruppe.

Kombinationstrainingsgruppe (EG 2) vs. Kontrollgruppe:

EG 2 ist auf allen Maßen der beiden Bereiche "Angst und Unsicherheit" und "Selbstbewertung und Normabhängigkeit" der Kontrollgruppe überlegen. Bei den Verhaltensmaßen ist EG 2 der Kontrollgruppe auf acht von zwölf Dimensionen signifikant und auf einer tendenziell überlegen. Bei den Generalisierungsmaßen sind die Unterschiede zugunsten von EG 2 mit einer Ausnahme signifikant: Bei der Skala "Neurotizismus" finden wir nur eine tendenzielle Überlegenheit (Signifikanz-Niveau 12.5 %) von EG 2.

Die Vergleiche mit der Kontrollgruppe unterstreichen unsere bisherigen Ausführungen zur Überprüfung der Hypothesen:
Auch im Vergleich zur Kontrollgruppe stellt sich das Kombinationstraining als das effektivere Verfahren dar (Hypothese eins). Und bei den Generalisierungs-

maßen unterscheidet sich nur das Kombinationstraining auf allen Maßen signifikant von der Kontrollgruppe, während sich EG 1 nur auf zwei von fünf Maßen signifikant von ihr abhebt (Hypothese drei).

Zusammenfassend können wir für die Überprüfung der Hypothese vier festhalten, daß sich beide Gruppen erwartungsgemäß signifikant besser entwickelt haben als die unbehandelte Kontrollgruppe. Dies gilt für das Kombinationstraining in vollem Umfange, für das Verhaltenstraining mit leichten Einschränkungen (geringere Generalisierung, kein deutlicher Unterschied auf einigen Zusatzmaßen).

3.4.6.2. Vergleich mit Normalwerten

Im Kapitel 3.4.2. ist die Stichprobem an der die Normalwerte gewonnen wurden, im Vergleich zu unserer Versuchsgruppe beschrieben. Wir stellten fest, daß trotz deutlich unterschiedlicher Geschlechterverteilung die Werte als grobe Orientierungsdaten verwandt werden können, da die Gruppen hinsichtlich Alter und Beruf vergleichbar sind.

In diesem Abschnitt interessiert uns folgende Frage: Lagen unsere Versuchspersonen vor der Therapie in ihren Unsicherheitswerten erheblich über den Normalwerten? Wenn ja, wie stark haben sie sich durch das Training an die Normalwerte angenähert? Genügen also sechs Therapiestunden, um überdurchschnittlich ängstlichen Klienten soweit zu helfen, daß sie sich den durchschnittlichen Werten annähern?

Stellvertretend für alle Maße haben wir diese Frage bei den Fragbogen U (Unsicherheit), SAV (Soziale Angst und Vermeidung) und ANB (Angst vor negativer

Bewertung) überprüft, weil diese sich direkt auf den Bereich der Selbstsicherheit beziehen. Im Anhang sind auch noch für die Befindlichkeitsmaße Werte der genannten Vergleichspopulation angegeben.

Beim Vergleich mit der Normal-Population ergibt sich folgendes Bild:

Vor der Therapie liegen die experimentellen Gruppen in allen Werten (U, SAV und ANB) erheblich über den Werten der Normal-Population (NP). Es kann kein Zweifel an der Überzufälligkeit der Unterschiede bestehen, da wesentlich kleinere Differenzen (bei vergleichbarer Streuung) beim Nachtest immer noch das Signifikanzniveau von 5 Prozent erreichten. Deshalb wurde von einer eigenen statistischen Überprüfung bei den Vortestdaten abgesehen. Tabelle 25 gibt Aufschluß über den Vergleich der Nachtestwerte.

Der Vergleich beim Nachtest:

Die Kombinationstrainingsgruppe (EG 2) ist auf sämtlichen Maßen der Normalgruppe überlegen. Auf einem Maß ist dieser Vorteil jedoch nur auf dem 10 Prozent-Niveau gesichert.

EG 1 dagegen ist nur auf zwei Maßen signifikant besser als die Normalgruppe (Schuldgefühle, U - 6, und Angst vor negativer Bewertung, ANB), erreicht aber auf vier Unterskalen des Unsicherheitsfragebogens Normalwerte. Auf den übrigen Werten:

- Kritik- und Fehlschlag-Angst (U - 2)
- Angst, "nein" zu sagen (U - 3) und
- Soziale Angst und Vermeidung (SAV)

ist EG 1 nach der Therapie immer noch signifikant schlechter als die Normalgruppe.

Tabelle 25: Vergleich der Nachtestwerte der Trainingsgruppen mit Normalwerten

	EG 1 besser oder gleich NP		NP besser EG 1		EG 2 gleich NP		EG 2 besser NP	
	t	Alpha	t	Alpha	t	Alpha	t	Alpha
U-1	1.47	10 %					9.51	0.01 %
U-2			3.05	0.5 %			7.36	0.01 %
U-3			2.17	2.5 %			3.03	0.5 %
U-4	0.64	n.s.					6.49	0.01 %
U-5	(x)		1.37	10. %			3.86	0.05 %
U-6	1.91	5 %					8.63	0.01 %
U-7	1.66	10 %					6.96	0.01 %
SAV			3.34	0.5 %			2.28	2.5 %
ANB	1.75	5 %			(x)		1.42	10 %

Legende:
EG 1 : Verhaltenstraining
EG 2 : Kombinationstraining
NP : Normal-Population
Alpha: Irrtumswahrscheinlichkeit
U-1 : Generelle Unsicherheit
U-2 : Kritik- und Fehlschlag-Angst
U-3 : Nein-sage-Angst
U-4 : Kontakt-Angst
U-5 : Angst zu fordern
U-6 : Schuldgefühle
U-7: Normabhängigkeit
SAV : Soziale Angst und Vermeidung
ANB : Angst vor negativer Bewertung

Anmerkung: Zum Vergleich der Vortest-Werte siehe Text.

t bezieht sich auf den Test für unabhängige Stichproben.

Wir können also festhalten, daß die Gruppen vor der Therapie erheblich schlechtere Werte als die Vergleichspopulation hatten, daß EG 1 nach dem Training einige dieser Werte erreicht und daß EG 2 diese Werte erheblich übertrifft. Der Vergleich mit der Normalpopulation unterstützt auch unsere Hypothese eins, nach der EG 2 effektiver als EG 1 sein soll.

3.4.7. Überprüfung zweier Kontrollmaße

In Kapitel 3.2.4.4. wurde dargelegt, daß wir zur Einschätzung und Interpretation der Ergebnisse zwei Fragen beantwortet haben wollten:

1. Haben die Klienten selbständig versucht, das Gelernte in der Realität praktisch zu üben? Dies könnte eine mediierende Variable sein, da weitere praktische Übungen natürlich den Lernerfolg beeinflussen.

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit, mit der diese Frage (Haben Sie geübt?) bejaht wurde ($t = 0.9797$; nicht signifikant). So kann man nicht sagen, daß das Kombinationstraining deshalb besser sei, weil es über die Selbstregulationsanteile zu größerer Eigenaktivität und praktischer Übung führt.

2. Berichten die Versuchspersonen über bedeutsame Erlebnisse, die den Lernprozeß beeinflußt haben können?

Aufgrund der häufig sehr wenig detaillierten Beantwortung dieser Frage war es uns nur möglich, einen quantitativen Vergleich durchzuführen, ohne jedoch die Qualität und Richtung der Erlebnisse zu berück-

sichtigen (behindert oder fördert Lernprozeß). Bei dieser Art der Auswertung unterscheiden sich die Gruppen ebenfalls nicht (t = 0.9801; nicht signifikant). Es spricht also im Moment nichts dafür, daß die Gruppenunterschiede Ergebnis relevanter Außeneinflüsse sein könnten.

Über die Ergebnisse der Überprüfung der Therapeuten-Variablen kann an dieser Stelle nicht berichtet werden, ebensowenig über die Bedeutung der Art, wie Klienten die Therapie einschätzten. Hierzu sind Diplomarbeiten vergeben. Ein Hinweis sei dennoch erlaubt: Beim jetzigen Stand der Datenauswertung sieht es so aus, als würde nur folgende Variable signifikant mit dem Therapieerfolg korrelieren: Die vom Klienten empfundene emotionale Wärme des Therapeuten. Hier liegt aber keine Störvariable vor, da beide Gruppen dieselben Therapeuten hatten.

4. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Zunächst sollen noch einmal die Ergebnisse der einzelnen Schritte der Hypothesenüberprüfung zusammengefaßt und zu einem Gesamtbild integriert werden. Anschließend wollen wir uns Gedanken machen, ob störende Einflüsse neben der unabhängigen Variablen für die unterschiedliche Entwicklung der Gruppen verantwortlich gemacht werden können.

Erst nach dieser Überlegung sollen einige Resultate im Detail diskutiert werden.

Nachdem wir die Ergebnisse global und im Detail eingeschätzt haben, ist es angemessen, über die theoretische Bedeutung und einige Implikationen nachzudenken. Das Ergebnis dieser Überlegungen führt zu offenen Fragen, die im momentanen Entwicklungsstand der empirischen Forschung und der theoretischen Arbeitsmodelle noch nicht beantwortet werden können.

Es ist zu hoffen, daß die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht nur Implikationen für die Forschung, sondern auch Einfluß auf die therapeutische Praxis haben. Denkbare Ansätze hierzu sollen diskutiert werden.

Zum Abschluß wollen wir einige kurze Spekulationen zur Entwicklung der Forschung im Bereich des Selbstsicherheitstrainings anstellen.

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung

Die Ergebnisse weisen eine erstaunliche Konsistenz auf und sprechen mit einer Deutlichkeit, die oft schwierige Detail-Interpretationsversuche überflüssig macht. Insgesamt kann mit guter Begründung gesagt werden, daß die allgemeinen Hypothesen, die in Kapitel 3.1. formuliert wurden, bestätigt werden konnten:
Verhaltenstraining mit eingebautem Selbstregulationstraining (das heißt das Kombinationstraining) ist effektiver, stabiler und zeigt stärkere Generalisierung des Lernfortschrittes auf nicht behandelte Bereiche als reines Verhaltenstraining.

Geht man stärker ins Detail, so läßt sich das Bild folgendermaßen zeichnen:
Das Kombinationstraining führt zu einer stärkeren Abnahme der Werte in den Bereichen "Angst und Unsicherheit" und "Selbstbewertung und Normabhängigkeit". Die Werte im Bereich "Verhaltensgeschicklichkeit" entwickeln sich bei beiden Gruppen gleich gut. Hier konnte die Hypothese ("eins") am Ende der Therapie nicht bestätigt werden. Bei beiden Gruppen tritt nach drei Monaten keine wesentliche Verschlechterung ein. Die Kombinationstrainingsgruppe zeigt allerdings eine weitere Verbesserung des Lernfortschrittes. Dies wird unter anderem dadurch deutlich, daß diese Gruppe der Verhaltenstrainingsgruppe jetzt auf wesentlich mehr Maßen deutlich überlegen ist, so auf vielen Verhaltensdimensionen. Während also bei der Verhaltenstrainingsgruppe die Werte stabil bleiben, verbessert sich die Kombinationstrainingsgruppe noch weiter. Die Bedeutung dieses Ergebnisses ist offenkundig: Wenn Stabilität des Lernfortschrittes bereits

ein anstrebenswertes Ziel ist, so kommt positive Weiterentwicklung Idealvorstellungen nahe: Der Klient als "sein eigener Therapeut" ist besser in der Lage, Erfahrungen systematisch zu verwerten und an seinen eigenen Verhaltensmöglichkeiten zu arbeiten.

Beide Gruppen führen zu einer deutlichen Generalisierung auf nicht behandelte Problembereiche. Sie fällt bei der Kombinationstrainingsgruppe wesentlich stärker aus.

Damit können alle Hypothesen als bestätigt angesehen werden. Die einzige Ausnahme (kein signifikanter Unterschied in Verhaltensgeschicklichkeit nach der Therapie) wird durch die Ergebnisse bei der Nachkontrolle deutlich korrigiert. Die Auswirkungen des Selbstregulationstrainings auf die Verhaltensgeschicklichkeit scheinen zeitlich stärker verzögert als bei den anderen Maßen (Fragebogen und Selbsteinschätzung).

Es muß festgehalten werden, daß hier nicht ein ineffektives Verfahren mit einem effektiven verglichen wurde. Auch das reine Verhaltenstraining hat sich als hochgradig effektiv und stabil erwiesen und führte ebenfalls zu deutlicher Generalisierung.

Dies spiegelt den gegenwärtigen Entwicklungsstand in der Verhaltenstherapie wider. Die Suche richtet sich nicht mehr so sehr nach effektiven Verfahren, sondern konzentriert sich mehr auf die Fragestellungen:

- Effektivierung und Ökonomisierung von Techniken sowie
- die Überprüfung wichtiger Prinzipien therapeutischer Interventionen.

Eine Anmerkung zur allgemeinen Effektivität:

Beide Trainingsgruppen waren in allen wesentlichen Bereichen effektiver als die Warteliste-Kontrollgruppe. Es muß als ein allgemeines, erstaunliches Ergebnis dieser Studie festgehalten werden, daß nur sechs Trainingsstunden, die zudem noch in hohem Maße standardisiert und strukturiert sind, zu einer Verbesserung der Symptomatik führen, die nicht nur statistisches Signifikanzniveau erreicht, sondern auch den Ansprüchen der therapeutischen Praktiker nach einem weitgehenden Abbau der Problematik gerecht wird: Wie in Kapitel 3.4.6.2. ausgeführt wurde, waren die Versuchspersonen vor der Therapie wesentlich ängstlicher und unsicherer als eine vergleichbare Normalgruppe, nach der Therapie aber von dieser kaum mehr zu unterscheiden oder sogar (dies betrifft vor allem die Kombinationstrainingsgruppe) signifikant weniger ängstlich und unsicher als die Normalgruppe. Dies Ergebnis, daß sechs Sitzungen hoch standardisierter Trainings zu derart positiven Resultaten führen können, widerspricht der weitverbreiteten Annahme unter Verhaltenstherapeuten, daß nur eine optimale Flexibilität in der Anpassung der Therapie an die individuellen Probleme der Klienten dauerhafte positive Veränderungen bewirkt, und ermutigt die Entwicklung von standardisierten Programmen für spezifische Verhaltensprobleme.

Wenn wir davon ausgehen, daß auch das reine Verhaltenstraining ausgesprochen effektiv ist, so ist es bemerkenswert, daß die Unterschiede zum Kombinationstraining in dieser Deutlichkeit ausfallen. Zwar umfaßt die unabhängige Variable "Selbstregulationstraining" mehrere Unterprozesse, aber die Klienten bekommen nicht mehr Therapiezeit oder mehr therapeutische Zuwendung als die Verhaltenstrainingsgruppe.

Vielmehr ist der Ablauf der Therapiestunde nur minimal umstrukturiert: Die Aktivität der Klienten wird zu kritischen Zeitpunkten anders gefordert und beeinflußt (Selbstinstruktion und Selbstverstärkung). Dies zeigt, daß eine Effektivierung des Selbstsicherheitstrainings möglich ist, ohne daß eine größere zeitliche oder finanzielle Belastung für die Therapeuten und Klienten notwendig wird (andere, teuere Geräte nicht notwendig). Eine andere Betonung im therapeutischen Ansatz (Betonung auf Veränderung von Verhalten und Selbstreaktionen) sowie eine leichte Umstrukturierung der Sitzung allein führen also zu erheblich besseren Resultaten. Wir haben allem Anschein nach tatsächlich an einem zentralen Variablenkomplex angesetzt, der es wert ist, weiter untersucht zu werden.

4.2. Diskussion von möglichen störenden Variablen

Bei der Planung des Experimentes und beim Bericht über die Durchführung haben wir wesentliche Bedingungen angesprochen, die möglicherweise einen verfälschenden Einfluß auf die Ergebnisse haben könnten. Da die Erörterungen an einzelnen Stellen recht ausführlich ist (siehe vor allem die Kapitel 3.2.3. und 3.3.2. bis 3.3.4.), wollen wir diese Überlegungen hier im wesentlichen nur zusammenfassen und nur teilweise ergänzen.

Zu Beginn wollen wir den Ausführungen von CAMPBELL & STANLEY (nach der Übersetzung von SCHWARZ (1970)) zur inneren Gültigkeit von Experimenten folgen. Sie führen folgende Probleme an:

- Statistische Regression, die Mittelwertverschiebungen der Extremgruppen in Richtung Mitte. Da unsere Gruppen nicht aus selegierten Versuchspersonen mit Extremwerten zusammengestellt wurden, entfällt die Gefahr, daß statistische Regression für die Veränderungen verantwortlich zu machen wäre.

- Wiederholte Testung kann Sensibilitätsveränderungen bei den Versuchspersonen für die entscheidenden Meßvariablen bringen und allein so die Daten verändern. Der Effekt ist aber durch die Zahl der experimentellen Gruppen und die Warteliste-Kontrollgruppe kontrolliert und damit ausschließbar.

- Der Einfluß unspezifischer, außerexperimenteller Einflüsse dürfte ebenfalls die Ergebnisse nicht verfälscht haben. Zum einen ist bei der großen Zahl von Versuchspersonen zu erwarten, daß diese Einflüsse sich zufällig über die Gruppen verteilen und so die Gruppenmittelwerte gleichmäßig beeinflussen, zum anderen wurden die Versuchspersonen nach der Therapie nach ihrem subjektiven Eindruck zu dieser Frage befragt. Es ergab sich kein bedeutsamer Unterschied (siehe Kapitel 3.4.7.).

- Der Einfluß unspezifischer Therapievariablen wurde für die Gruppen weitgehend konstant gehalten. Die experimentellen Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich Therapiedauer, Ort und Zeit der Durchführung, Übungssituationen und Instruktionen, sowie deren Darbietung, Strukturierung des Therapieablaufes und hinsichtlich der Therapeuten. Weiterhin wurden Therapievertrag, Meßmittel, - Zeitpunkt und deren Darbietung konstant gehalten (siehe die Kapitel 3.2. und 3.3.).

- Unsystematischer Ausfall von Versuchspersonen und Verteilung der Versuchspersonen auf die Gruppen: Wie in Kapitel 3.3.2. ausgeführt wurde, sind die Versuchspersonen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Intelligenz und Selbstunsicherheit gleich verteilt. Aus Kapitel 3.4. ist zu ersehen, daß dies auch für die Ausprägung der meisten Meßvariablen zutrifft. Wo keine Gleichverteilung vorlag, wurde dies bei der Hypothesenüberprüfung berücksichtigt.

  Bei der Verhaltenstrainingsgruppe (EG 1) fiel zu Beginn eine Versuchsperson aus, konnte aber durch eine andere, gleichen Geschlechts und mit ähnlichen Angstwerten aus der großen Warteliste-

Kontrollgruppe ersetzt werden. Bei EG 2 fielen zwei Versuchspersonen aus, die nicht mehr ersetzt werden konnten (siehe Kapitel 3.3.1.). Zwei weitere Versuchspersonen aus EG 2, die starke negative Erlebnisse kurz vor Ende der Therapie hatten (Kündigung und Eheprobleme), wurden nach einigen Überlegungen nicht aus den Berechnungen ausgeschlossen.

- Zur Auswertung: Es ist selbstverständlich, daß trotz regelmäßiger Kontrollen und der Verwendung von Schablonen eine gewiße Fehlervarianz einkalkuliert werden muß. Es ist jedoch anzunehmen, daß alle Gruppen hiervon gleichermaßen betroffen sind.

- Zur Wahrscheinlichkeit signifikanter Ergebnisse: Bei mehreren Meßzeitpunkten und derart vielen Meßwerten ist es wahrscheinlich, daß schon der reine Zufall einige signifikante Mittelwertunterschiede produziert. Es wurde nicht ausgerechnet, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, einige signifikante Unterschiede zu erhalten. Die große Übereinstimmung der Ergebnisse in den einzelnen Therapiemaßen läßt jedoch eine Erklärung aufgrund von Zufall als extrem unwahrscheinlich erscheinen.

Zwei denkbare Störvariablen können nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden:

- Die unterschiedlichen Therapeutenhypothesen und
- die Quantität der Verstärkungen (siehe Kapitel 3.3.3. und 3.3.4.).

1. Die Therapeuten hatten unterschiedliche Erwartungen bezüglich der Effektivität der beiden experimentellen Gruppen. Der Einfluß eines derartigen ROSENTHAL-Effektes kann in dieser Studie nicht genau abgeschätzt werden. Es fanden sich keine Therapeuten, die eine eindeutige Überlegenheit zugunsten der Verhaltenstrainingsgruppe (EG 1) erwarteten, die meisten nahmen an, daß sich entweder keine oder leichte Unterschiede zugunsten des Kombinationstrainings (EG 2) zeigen würden. Zusätzlich erschwert ein methodisches Problem die Auswertung dieser Erhebung: Sie wurde erst

vorgenommen, als die Therapie bereits einige Zeit fortgeschritten war (Im Rahmen einer beginnenden Diplomarbeit). Es ist nicht anzunehmen, daß die Ergebnisse durch einen ROSENTHAL-Effekt, also durch unterschiedliche Erwartungen der Therapeuten, erklärt werden können. Ein bestimmter Einfluß kann aber nicht widerlegt werden. Hier muß auf die Ergebnisse Bezug genommen werden: Auf den Werten der emotionalen Befindlichkeit fanden sich die geringsten Gruppenunterschiede, dies läßt auf eine gleichmäßige therapeutische Zuwendung schließen. Auf den Verhaltensmaßen fanden sich am Ende der Therapie ebenfalls keine Unterschiede. Da sich das ganze Training um Verhaltensgeschicklichkeit dreht, wäre gerade hier ein Einfluß des ROSENTHAL-Effektes zu erwarten. Abschließend sei noch angemerkt, daß die unterschiedliche Entwicklung vom Ende der Therapie bis zur Nachkontrolle keinesfalls durch die leicht unterschiedlichen Erwartungen der Therapeuten erklärt werden kann.

2. EG 1 und EG 2 unterscheiden sich dann bezüglich der Quantität positiver Verstärker stark voneinander, wenn man bei der Kombinationstrainingsgruppe (EG 2) Fremd- und Selbstverstärkung summiert (Kapitel 3.3.4.). Kein Unterschied besteht, wenn man die Quantität der Fremdverstärker beider Gruppen vergleicht. Dies scheint uns entscheidend zu sein: Der Außeneinfluß, der vom Therapeuten ausgeht, muß als gleich angesehen werden. Selbstverständlich ist anzunehmen, daß die Selbstverstärkung einen erheblichen Einfluß auf den Lernfortschritt von EG 2 hat. Wie groß dieser Anteil ist, kann im Moment jedoch nicht abgeschätzt werden, weil unsere "unabhängige Variable" mehr als Anleitung zur Selbstverstärkung umfaßte.

Hinsichtlich der Quantität der Fremdverstärkung besteht also kein Unterschied, sondern nur hinsichtlich der Verhaltensklassen, auf die sie gesetzt wird (positives Verhalten bei EG 1 und adäquate Selbstreaktion bei EG 2). Dies aber ist nicht als Störeinfluß zu interpretieren, sondern ist ein wesentlicher Bestandteil unserer "unabhängigen Variablen", nämlich des Selbstregulationstrainings.

4.2.1. Zusammenfassung von Kapitel 4.2.

Nach der Erörterung möglicher Störbedingungen muß die Wahrscheinlichkeit als gering angesehen werden, daß spezifische Störbedingungen an Stelle der "unabhängigen Variablen" die Veränderungsvarianz erklären können. Alternativhypothesen können so weitgehend zurückgewiesen werden. Sie können aus logischen Gründen nie mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, es muß jedoch gesagt werden, daß im Moment kein begründeter Verdacht für diese Annahme besteht. Damit kann die interne Validität der Studie als gut bezeichnet werden.

4.3. Diskussion der theoretischen Bedeutung der Befunde

4.3.1. Selbstunsicherheit, Selbstsicherheitstraining und Selbstregulation

Vorbemerkung: Ergebnis dieser Studie ist, daß einerseits reines Verhaltenstraining zu sehr positiven Verbesserungen führt, daß aber andererseits ein Kombinationstraining, bei dem in ein Verhaltenstraining Selbstregulationstechniken eingebaut sind, doch zu erheblich besseren Resultaten kommt. Diese Resultate zeigen nach drei Monaten eine weitere Verbesserung,

während die Fortschritte der anderen Gruppe einfach stabil blieben.
Verschiedene theoretische Überlegungen können sich hier anschließen:

Die Ergebnisse unterstützen therapeutische Modelle, die eine Stimulation der Eigenaktivität und Selbststeuerung auf der Seite der Klienten fordern und damit den engen Rahmen klassischer lerntheoretischer Theorien überschreiten, die ausschließlich auf externe Verhaltensstimulation und -steuerung aufbauen (1). Derartige Ansätze, die mit Namen wie BANDURA, KANFER, MISCHEL, MAHONEY und LAZARUS verbunden werden, sind inzwischen weitgehend akzeptiert und in einigen Bereichen experimentell untersucht (siehe Kapitel 2.2.3.1., sowie die Übersichten von HARTIG, 1973 und MAHONEY und THORESEN, 1974). Dies gilt jedoch nicht für den Bereich "Selbstsicherheitstraining" oder "Aufbau von sozialem Konfliktlöseverhalten".

Die Übertragung von experimentellen Ergebnissen auf neue Verhaltens- oder Problembereiche ist immer mit einer Unsicherheit behaftet, die letzten Endes nur durch neue empirische Überprüfungen ausgeräumt werden kann. Die vorliegende Studie stellt einen ersten derartigen Versuch dar, die Prinzipien des Selbstregulations-Arbeitsmodelles von KANFER im Bereich des sozialen Kompetenztrainings anzuwenden. Andere Untersuchungen verfügten entweder nicht über adäquate Kontrollgruppen (REHM und MARSTON, 1968),

(1) Unsere Ergebnisse widerlegen nicht die praktische Bedeutung von klassischen verhaltenstheoretischen Ansätzen, die zunächst nur die Bedeutsamkeit bestimmter Prinzipien (z.B. Verstärkung und Übung) und von Techniken (z.B. Rollenspiel und Feedback) behaupteten. Diese Techniken sind wirksam und führen zu zufriedenstellenden Resultaten.

oder gingen von anderen Konzepten aus (THORPE, 1975) und können nichts zur Bedingungsanalyse des Selbstsicherheitstrainings beitragen.

So liegt eine erste wichtige Bedeutung der Studie im Nachweis, daß KANFERs Arbeitsmodell der Selbstregulation auch und gerade im Bereich der Training von Konflikt-Verhaltensweise heuristisch wertvoll und zur Entwicklung von effektiven therapeutischen Programmen sehr gut geeignet ist.

Geht man von theoretischen Konzepten aus, wie sie von BANDURA oder KANFER formuliert wurden, so ist anzunehmen, daß,abgesehen von extremen Fällen, beinahe immer in der Therapie Selbstreaktionen provoziert werden[1]. Das würde bedeuten, daß Selbststeuerungsprozesse auch bei der Verhaltenstrainingsgruppe in Gang gekommen sind, oder modifiziert wurden. Alleine die Verwendung von Video-Rückmeldung legt diesen Gedanken nahe.

Wie die Ergebnisse auf den Meßebenen "Selbstbewertung" und "Selbstunzufriedenheit" zeigen (siehe Kapitel 3.4.3.2. und 3.4.4.2.), ist die Selbstwahrnehmung der Klienten der Verhaltenstrainingsgruppe (EG 1) ebenfalls erheblich besser geworden. Es kann allerdings nur spekuliert werden, ob der generelle Lernfortschritt oder zum Beispiel die Video-Rückmeldung zu dieser Veränderung der Selbstwahrnehmung geführt haben. Es darf auch nicht vergessen werden, daß auch in der Verhaltenstrainingsgruppe (EG 1) Verbalisationen negativer Selbstreaktionen gelöscht, also

---

[1] Längst weiß man, daß Mitarbeit der Klienten auch bei operanten Verstärkungsprogrammen notwendig ist, daß es "Gegenkontrolle" durch Klienten gibt, an der Therapeuten häufig scheitern (DAVISON, 1973), und daß die externen Verstärker nicht in Widerspruch zum Wertesystem der Klienten stehen dürfen (siehe BANDURA, 1974).

nicht beachtet wurden. Vermutlich sind alle diese Faktoren bei der Verbesserung der Selbstakzeptierung beteiligt und aller Wahrscheinlichkeit nach hatte dies wiederum positive Rückwirkungen auf den Lernfortschritt.

Nach den Studien von ARKOWITZ und Mitarbeitern und anderen (siehe Kapitel 2.2.3.1.) kann man spekulieren, daß eine Änderung der Selbstreaktionen eine notwendige Bedingung für einen Lernfortschritt darstellt. Diese Vermutung muß aber erst noch empirisch erhärtet werden.

Der Vorteil der Kombinationstrainingsgruppe (EG 2) ist nun eindeutig darin zu sehen, daß Selbstreaktionen systematisch nach Lernprinzipien modifiziert wurden. Selbstreaktionen wurden also nicht nur provoziert, sondern systematisch geformt. Bei der relativ kurzen Trainingsdauer mag dies den Ausschlag gegeben haben, daß die Klienten nun auch anschließend auf eine neue Art und Weise mit sich und ihren Reaktionen umgehen konnten, was bedeuten mag: Aktiv an sich selber zu arbeiten, auch kleine Lernfortschritte positiv zu vermerken und sich nicht mehr ausschließlich auf Mißerfolgserlebnisse und überhöhte Ansprüche an sich selber zu konzentrieren. Nur so ist es zu erklären, daß EG 2 einen weiteren positiven Anstieg der Lernkurve bis zur Nachkontrolle hat, während die Werte bei EG 1 einfach stabil bleiben.

EG 1 und EG 2 unterscheiden sich am Ende der Therapie nicht auf den Maßen der "Verhaltensgeschicklichkeit", wohl aber bei der Nachkontrolle. Dazu kann folgendes gesagt werden: Angesichts der kurzen Behandlungsdauer von sechs Sitzungen (die siebte war nur für den Nachtest eingerichtet worden) ist der Lernfortschritt in

"Verhaltensgeschicklichkeit" wahrscheinlich gemeinsamen Faktoren zuzuschreiben, also dem Rollenspiel, Video-Feedback und anderen. Das Training war zu kurz, als daß die Modifikation der Selbstreaktionen sich bereits auf der Verhaltensebene auswirken konnte. Die Zeit bis zur Nachkontrolle (drei Monate) war aber hinreichend lange, um den positiven Einfluß auf die Verhaltensgeschicklichkeit wirksam werden zu lassen. Hier wird erneut die Bedeutung einer Nachkontrolle deutlich: Am Ende der Therapie schienen die Daten eher für eine relative Unabhängigkeit der Systeme "Kognition oder Selbstreaktion" und "Verhalten" zu sprechen. Die Ergebnisse der Nachkontrolle sprechen jedoch eher für ein interdependentes Verhältnis. Es entsteht der Eindruck, als würden die Systeme "Selbstreaktion" und "Verhalten" zunächst einmal unabhängig voneinander auf Außeneinflüsse reagieren, im Laufe der Zeit sich aber auch wechselseitig beeinflussen. Diese Problematik ist in der Literatur zur Angstforschung wiederholt diskutiert worden (als Hinweise seien LANG, 1971; und BORKOVEC, 1973b erwähnt). Wir wollen diese sehr grundsätzliche Frage an dieser Stelle nicht weiter verfolgen.

Die Tatsache, daß Selbstregulationstechniken ein Selbstsicherheitstraining wesentlich effektiver werden lassen, sagt zunächst nur etwas über diese Therapie aus. Der Rückschluß von Ergebnissen derartiger Therapie-Experimente auf die Genese der Störung ist problematisch. Für die "Theorie der Selbstunsicherheit" können wir keine direkten Ableitungen aus unserer Studie leisten. Die Hypothese, daß ungünstiges Selbststeuerungsverhalten bei der Aufrechterhaltung von "Selbstunsicherheit" wesentlich beteiligt ist, wird zwar durch die Tatsache unterstützt, daß eine Modifikation dieser Selbstreaktionen zu

wesentlichem Fortschritt führt. Dennoch können unsere Ergebnisse keine Alternativhypothesen ausschließen[1]. Zur Klärung dieser grundsätzlicheren Frage wären eigene spezielle Versuchsanordnungen notwendig. Dies schmälert die praktische Bedeutung unserer Ergebnisse nicht. In weiten Bereichen der Therapieforschung ist das Verhältnis von Ursachenforschung und effektivem Therapieangebot noch sehr problematisch. Dies darf jedoch nicht zu einer rein empiristisch-pragmatistischen Sichtweise verleiten. Denn Handlungsanweisungen für den individuellen Klienten kann der Praktiker nur gewinnen, wenn er Modelle und Theorien verwendet, die natürlich zur empirischen Literatur nicht in Widerspruch stehen dürfen.

4.3.2. Überlegungen zur relativen Bedeutung einzelner Bausteine des Selbstregulationstrainings

Unsere unabhängige Variable beinhaltete

- Einführung und Begründung von Bewertungskriterien,
- Selbstinstruktion und
- Selbstbewertung und -verstärkung.

Weiterhin kann Video-Feedback als Selbstkonfrontationstechnik oder Möglichkeit zur Selbstbeobachtung an dieser Stelle diskutiert werden.

Es ist wichtig festzuhalten, daß über die relative Bedeutung dieser Variablen im Moment nur vage Speku-

---

[1] Analog kann als Beispiel angeführt werden: Wenn Aspirin Kopfschmerzen erleichtert, kann nicht gesagt werden, daß der Kopfschmerz durch einen Mangel an Aspirin verursacht worden sei.

lationen formuliert werden können. Dies ist aber legitim, solange keine weiteren empirischen Ergebnisse vorliegen[1].

1. Kriterien zur Bewertung von Verhalten

Wir haben gesehen, daß Bewertungskriterien für adäquates Verhalten Grundlage sowohl der Selbstbeobachtung als auch der Selbstbewertung und Selbstverstärkung sind. Welche Rolle haben sie in unserer Studie gespielt? Wie bereits ausgeführt, kann diese Frage nur aufgrund persönlicher Erfahrungen und Gespräche mit Therapeuten und Versuchspersonen, nicht aber aufgrund des Versuchsplanes beantwortet werden.

Die Versuchspersonen, beinahe durchgängig Studenten (siehe Kapitel 3.3.2.), machten insgesamt nicht den Eindruck, als wäre ihr Wertesystem im Widerspruch zur Akzeptierung selbstsicherer Reaktionen. In diesem Sinne ist es nicht zu erwarten, daß wir eine grundsätzliche Einstellungsänderung von Ablehnung zur Akzeptierung selbstsicherer Reaktionen erreicht hätten.
Ist deshalb diese Variable bei unserem Experiment als bedeutungslos anzusehen?
Ich glaube nicht. "Kriterien-setzen" heißt nicht nur, Akzeptierung oder Ablehnung auf hohem Abstraktionsgrad zu steuern. Vielmehr sollen Kriterien eine Hilfe zur Entwicklung konkreter und operationalisierbarer Teilziele sein. Der Klient muß lernen, was es heißt, sich selbstsicher zu verhalten. Er muß Kriterien für die konkrete Vor-

---

[1] Zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Arbeit ist die Behandlung von zwei weiteren experimentellen Gruppen abgeschlossen, mit der von fünf neuen Gruppen wurde begonnen.

gehensweise in Konfliktsituationen erhalten. Diese Kriterien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Allgemeingültigkeit (zum Beispiel die Forderung nach Kongruenz von Ausdruck und Inhalt) und Problemspezifität (zum Beispiel "Es ist gut, in Situationen, bei denen persönliche Beziehungen geklärt werden, nicht auf abstrakte Normen, sondern vielmehr auf Gefühle und Bedürfnisse zu rekurrieren, in offiziellen oder amtlichen Situationen dagegen ...").

Der Klient soll also gerade lernen, von schwammigen Zielbestimmungen zu konkreten, detaillierten und damit realisierbaren und überprüfbaren Zielen zu kommen und diese zur Orientierung und Verhaltenssteuerung einzusetzen. Daß hierzu ein intensiver Lernprozeß notwendig ist, belegt unsere Erfahrung deutlich. In der Praxis ist es sicherlich schwierig, diesen Prozeß von dem der Selbstverstärkung zu trennen. Dies wird durch die weiteren Ausführungen noch deutlicher werden.

Es ist denkbar, daß die Klienten der Verhaltenstrainingsgruppe ebenfalls neue Kriterien gelernt haben. Denn auch aus Fremdverstärkung können die impliziten Normen abstrahiert und übernommen werden. Möglicherweise ist Therapieerfolg an das Gelingen dieses kognitiven Vorganges gebunden. Dies jedoch ist im Moment reine Spekulation. Die mangelnde Präzision und Systematik der Kriterienvermittlung auf dem indirekten Wege über die Fremdverstärkung mag mit verantwortlich dafür sein, daß sich diese Gruppe auf dem Maß "Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen" (U - 6) nicht verbessert hat.

2. Selbstinstruktion

Kriterien können - funktional gesehen - zu zwei Zeitpunkten bei der Verhaltenssteuerung wirksam werden:

- Vor dem Verhalten als Situationsantizipation und Auswahl von Verhaltensalternativen (Selbstinstruktion) sowie
- nach dem Verhalten als positive oder negative Reaktion auf sich selbst (Selbstbewertung und -verstärkung).

Selbstinstruktion, so gefaßt, ist von der Variable "Einführen von Bewertungskriterien" kaum zu trennen, da diese zu einer kognitiven Umstrukturierung führen können, und, wenn sie aufgenommen sind, bei der Auswahl von Verhaltensalternative eine Rolle spielen "müssen". Man könnte hier zwischen "bewußter" Selbstinstruktion durch offene oder verdeckte Verbalisation eines Vorsatzes und "nicht bewußter" Selbstinstruktion durch implizite Orientierung an mehr oder weniger diffusen Kriterien unterscheiden. Ziel jedes Selbstinstruktionstrainings ist es, über das Training bewußter Vornahmen und Verbalisationen zur zweiten Form zu kommen, damit also zu einem mehr automatischen, natürlichen Verhaltensfluß, der aber im Prinzip noch reflexionsfähig ist.

Es ist anzunehmen, daß der Zwang zur präzisen sprachlichen Formulierung von Vorsätzen (Selbstinstruktion) ein wichtiges Element zum dauerhaften Erlernen und Behalten neuer Kriterien sein kann. Darauf weisen indirekt auch neuere Untersuchungen von BANDURA und Mitarbeitern hin. (BANDURA & JEFFERY, 1973; BANDURA, JEFFERY & BACHICHA, 1974, z.B. Seite 296).

Selbstinstruktion könnte so als eine Hilfstechnik verstanden werden, um Ziele verhaltenswirksam werden zu lassen und um sie auf symbolischem Niveau besser speichern zu können. Dieser Punkt ist für die Stabilität des Lernerfolges sicherlich recht wichtig.

Selbstinstruktion wäre auch denkbar, ohne daß vom Therapeuten Kriterien vorgeschlagen werden. In diesem Fall müßte der Klient ausschließlich nach eigenen Überlegungen aus seinen eigenen Verhaltensmöglichkeiten auswählen.

Die unterschiedlichen Varianten der Selbstinstruktion in anderen therapeutischen und experimentellen Zusammenhängen können hier nicht diskutiert werden.

3. Selbstbewertung und Selbstverstärkung

Viele Klienten merkten zu Beginn des Selbstverstärkungstrainings, daß es ihnen außerordentlich schwer fiel, nicht automatisch mit Selbstkritik auf sich selbst zu reagieren und positive Aspekte eigenen Verhaltens herauszuarbeiten. Alleine diese Erfahrung mag nahelegen, daß dem Training in Selbstverstärkung eine besondere Rolle zukommt. Die Anwendung expliziter Kriterien auf das eigene Verhalten und die Beachtung positiver Aspekte war mühsamer zu lernen als spezifisches Verhalten im Rollenspiel. Die Therapeuten stellten aber im Laufe der sechs Sitzungen fest, daß diese neuen Selbstreaktionen den Klienten zunehmend leichter fielen.

Unserer Erfahrung nach war Selbstverstärkung wichtiger als Selbstinstruktion und schien dies beinahe als eigene Technik ersetzen zu können. Die

Bewertung eigenen Verhaltens im Anschluß an das Rollenspiel führte implizit auch zu einer Wahrnehmung der noch bestehenden Schwierigkeiten. Wir hatten daher oft den Eindruck, daß sich eine explizite Verbalisation von Verhaltensvornahmen direkt vor dem nächsten Rollenspiel erübrigte. Es ist schwierig, selbst zwei so unterschiedlich erscheinende Techniken wie Selbstinstruktion und Selbstverstärkung genau zu trennen. Dies wird auch an einer Regel deutlich, die den Klienten gegeben worden war: An Stelle von selbstabwertenden Äußerungen (Selbstkritik) mußten sie Verhaltensvornahmen (Selbstinstruktion) äußern: Statt "Ich rede immer viel zu leise!" sollten sie "Bei der nächsten Übung will ich versuchen, etwas lauter zu reden" sagen.

4. Video-Rückmeldung

Unserem Eindruck nach fanden die Klienten die Arbeit mit Video hilfreich und spannend. Es war aber auch zu sehen, daß viele spontan, automatisch, oft beinahe zwanghaft mit negativen Selbstverbalisationen reagierten ("Mist, au weia, ist ja schrecklich ...") und deutliche körperliche Verspannung zeigten. Genaue quantitative Angaben können hier leider nicht gemacht werden. Dies deckt sich mit Hinweisen zum Einsatz von Video-Rückmeldung, über die wir in Kapitel 2.3.3. berichtet haben.

Hieraus lassen sich zwei gegensätzliche Hypothesen formulieren, zwischen denen bis jetzt nicht genau entschieden werden kann:

- Video-Feedback fördert die Effektivität des Verhaltenstrainings, weil es Grundlage zur Selbstbeobachtung ist und genaue Informationen über das eigene Verhalten liefert.
- Video-Feedback bremst die Effektivität (vor allem zu Beginn) des Verhaltenstrainings, weil es Angst und Verspannung, sowie negative Selbstreaktionen hervorruft, die dem Lernprozeß abträglich sind.

Die Gefahr, die in Hypothese zwei deutlich wird, ist in der Gruppe EG 2 nicht gegeben, da hier systematisch positive Selbstreaktionen eingeübt werden, die mit negativen inkompatibel sind, oder diese wenigstens erschweren. Es wäre aber denkbar, daß in der Gruppe EG 1 solch ein hemmender Effekt aufgetreten ist.

Diese Frage wird in weiteren Forschungsprojekten geklärt, die in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster angelaufen sind.

Zusammenfassung von Kapitel 4.3.2.

Wir gingen davon aus, daß der momentane Forschungsstand keine genauen Aussagen zur Bedingungsanalyse im Bereich der Selbstregulationsprozesse für ein soziales Kompetenztraining erlaubt.

Unsere Erfahrungen zeigen zunächst die außerordentliche Schwierigkeit, die Unterprozesse wirklich voneinander zu trennen. Soweit dies in unserer Einschätzung möglich war, weisen unsere Erfahrungen auf die vorrangige Bedeutung der Bewertungskriterien und der

Selbstverstärkung hin. Selbstinstruktion scheint in diesem Zusammenhang (wohlgemerkt) eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Video-Feedback dagegen ist eine vielversprechende, jedoch möglicherweise gefährliche Technik, deren potentiell hemmende Wirkung aber durch explizite Training in Selbstverstärkung sicherlich aufgehoben werden können. Als praktischer Hinweis sei angemerkt, daß zusätzlich die Einführung von Entspannungstechniken bei manchen Klienten indiziert sein mag.

4.4. Zur Bestimmung des Gültigkeitsbereiches der Ergebnisse

Unter dem Stichwort der "externen Validität" wird die Frage diskutiert, für welche Theorie-, Problem- oder Anwendungsbereiche die Ergebnisse eines Experimentes gelten, also Hinweis- oder Erklärungsfunktion haben. Die Gültigkeit hängt wesentlich davon ab, wie gut im Experiment Bedingungen realer Ereignisse abgebildet werden konnten. Im folgenden wollen wir uns die Frage stellen, wie repräsentativ unser Experiment angelegt war und welche Schlußfolgerungen für die äußere Gültigkeit gezogen werden können.

4.4.1. Zur Repräsentativität unseres Experimentes

Unser Selbstsicherheitstraining wurde als Einzeltherapie durchgeführt. Es ist aber anzunehmen, daß die Ergebnisse auch für ein Selbstsicherheitstraining im Rahmen einer Gruppentherapie gültig sind, da erfahrungsgemäß auch hier starke Tendenzen zur Selbstkritik auftauchen und Selbstakzeptierung vor der Öffentlichkeit der anderen noch schwerer fällt.

Die interessanten Perspektiven der praktischen Arbeit in Gruppen können hier nicht diskutiert werden (ZIMMER & FIEDLER, 1974).

Wie wir in Kapitel 3.4.6. gesehen haben, lagen die Angst- und Unsicherheitswerte unserer Klienten vor Beginn der Therapie erheblich über denen einer vergleichbaren Normalpopulation. Daraus kann abgeleitet werden, daß unsere Versuchspersonen die Bedürftigkeit von wirklichen Klienten gut repräsentieren. Unsere Ergebnisse wurden also an Personen gewonnen, die tatsächlich ein Selbstsicherheitstraining benötigten. Dies ist außerordentlich wichtig, da die Übertragung von Ergebnissen, die an normalen Personen gewonnen wurden, auf bedürftige Klienten mit erheblichen Problemen belastet ist. Die persönliche Motivation für die Mitarbeit und der tatsächliche Stress des Trainings sind zwei Bedingungen, die bei den beiden Populationen unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Die Übertragung der Ergebnisse auf andere Populationen, die sich zum Beispiel hinsichtlich der Merkmale

- soziale Schicht,
- Intelligenz oder
- Alter

stark von unserer Gruppe unterscheiden, kann hier selbstverständlich nur spekulativ beantwortet werden. Hinsichtlich dieser drei Variablen war unser Klientel recht homogen. Mangels empirischer Daten kann nur auf persönliche Therapieerfahrungen und allgemeine Überlegungen rekurriert werden:

Es ist denkbar, daß unterschiedliche Sozialisationsbedingungen unterschiedliche Formen der Art und des Ausmaßes bestimmen, wie Individuen Selbstregulationsprozesse einsetzen. Insofern ist eine gewisse Schichtspezifität bei derartigen Ergebnissen denkbar. Meine selbstverständlich unsystematischen therapeutischen Erfahrungen widersprechen dieser Annahme. Für mich sieht es eher so aus, als wären dieselben Prozesse in unterschiedlichen Sprachcodes gefaßt. Es wäre vermutlich auch eine Vereinfachung der tatsächlichen Verhältnisse, würde man annehmen, daß Selbststeuerungsprozesse bei Unterschicht-Klienten gänzlich unbedeutsam seien. Soziales Zusammenleben verlangt einfach ein hohes Maß der Fähigkeit zur Selbststeuerung.

Damit ist nicht ausgeschlossen, daß die Phänomenologie der Selbstunsicherheit erheblich schwanken kann. Dies ergibt sich allein schon aus den unterschiedlichen Situationen, die für Klienten zum Problem werden können. Ich schließe also keineswegs aus, daß eine andere Gewichtung einzelner Therapievariablen notwendig werden könnte, wenn mit Klienten anderer Schichten gearbeitet wird. Andererseits sehe ich kein Argument, das die Bedeutung von Selbstregulationsprozessen von vorneherein in Frage stellen könnte.
Diese Ausführungen gelten meiner Meinung nach analog für die Variablen Intelligenz und Alter. Hier muß natürlich zugestanden werden, daß Extremgruppen, die durch minimale Intelligenz oder zu junges Alter gekennzeichnet sind, hier nicht diskutiert werden können (siehe auch HUCKLENBROICH-KATHÖFER & KRETSCHMER, 1975).

Wichtig ist auch die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Verhaltensprobleme. Wir haben gesehen, daß in der empirischen Literatur verschiedene Verhaltensklassen untersucht worden sind. Auch hier halten wir weitere empirische Forschung für nötig. Im Moment ist jedoch kaum daran zu zweifeln, daß die Ergebnisse eine gewisse Bedeutung auch für Bereiche wie

- Verbesserung des Kontaktverhaltens,
- die Fähigkeit, "nein" zu sagen,
- Gefühlsausdruck oder
- Umgang mit der Kritik durch andere haben.

Mit BANDURA (1969; 1974) möchten wir annehmen, daß Selbstregulationsprozesse bei den meisten Verhaltensprozessen beteiligt sind. Mit KANFER und KAROLY (1972) ist auch darauf hinzuweisen, daß Selbstregulationsprozesse spätestens dann einsetzen, wenn sich Verhaltensprobleme oder Konflikte ergeben. Erst das Scheitern dieser Selbstkorrekturversuche führt die Klienten zum Therapeuten.

Auf die spezifische Bedeutung und die beste Art und Weise des Einsatzes von Selbstregulationsprozessen bei anderen Verhaltensklassen kann hier nicht eingegangen werden.

Zusammenfassung von Kapitel 4.4.1.

Die externe Validität kann als recht gut bezeichnet werden, da die trainierte Verhaltensklasse wichtig ist und die Versuchspersonen die Bedürftigkeit von wirklichen Klienten recht gut repräsentierten.

Weitere empirische Forschung ist notwendig, um die Frage der Übertragbarkeit auf andere Populationen und Verhaltensklassen zu klären, auch wenn es naheliegt, daß die Bedeutung der Ergebnisse über die untersuchte Population wie Verhaltensklasse hinausreichen.

4.4.2. Zur Gültigkeit der Verhaltensnormen

An dieser Stelle soll die Problematik der Meßmittel nicht erneut aufgegriffen werden. Vielmehr sollen einige allgemeine Anmerkungen zum Normalitätsbegriff gemacht werden, der in dieser Arbeit mehrmals aufgetaucht ist. Er ist implizit in den Verhaltensmaßen enthalten, insofern dort Kriterien "angemessenen" Verhaltens in ein Meßinstrument verwandelt wurden. Hier gehen Intuition, private Erfahrung sowie längere therapeutische Praxis mit ein. Einiges läßt sich inhaltslogisch begründen oder aus der Situation ableiten. Dennoch ist hier noch einige empirische Forschung nötig (im Sinne von ARKOWITZ, LICHTENSTEIN, McGOVERN & HINES, 1975), um zu verhindern, daß Zufallskonditionierungen oder schichtspezifische Sichtweisen als objektive Verhaltenskriterien erscheinen. Zudem ist es in der praktischen Therapie bedenklich, Zielbestimmungen ohne kommunikative Auseinandersetzung mit dem Klienten und seiner Welt von außen festzusetzen.

An anderer Stelle wurde Bezug auf eine Normpopulation genommen, um die Fragebogen-Verbesserungen an Außenkriterien messen zu können. Der statistische Normbegriff ist nur dann ungefährlich, wenn man ihn nicht mit einer Ideal-Norm verwechselt. Selbstverständlich ist "normal" im statistischen Sinne nicht

"gesund" und deshalb eine nicht unbedenkliche Zielperspektive. So haben zwei Drittel der Menschen Karies. Dennoch wird mancher nach einer Kieferoperation oder mit einem falschen Gebiß froh sein, wenn er wieder wie ein "Normaler" im statistischen Sinne beißen kann.

Es scheint uns daher legitim, statistische Normbegriffe zur Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren heranzuziehen.

Psychotherapieforschung sollte aufhören, sich damit zu begnügen, signifikante Verbesserungen zu präsentieren. Die können auch mit einer großen Zahl von Versuchspersonen erreicht werden. Wichtig ist, ob die Klienten anschließend immer noch signifikant mehr leiden als "Normale" oder sogar bessere Werte erreicht haben. Das ideale Ziel wäre, diese Werte deutlich zu unterschreiten, wie dies beim Kombinationstraining gelungen ist.

4.5. Implikationen für die therapeutische Praxis

Aus den Ergebnissen kann die Forderung einer verstärkten Einbeziehung von Techniken abgeleitet werden, die auf die Aktivierung und Modifikation von Selbstreaktionen des Klienten hinwirken. Keinesfalls kann geschlossen werden, daß die Arbeit auf der Ebene der Selbstreaktionen klassisches Verhaltenstraining überflüssig macht oder ersetzt.

An dieser Stelle können wir nicht auf alle praktischen Möglichkeiten eingehen, wie Selbstregulations-Techniken umgesetzt und verwirklicht werden können. Dazu muß auf die entsprechende Literatur verwiesen

werden (siehe zum Beispiel KANFER, 1975a; MAHONEY & THORESEN, 1974).

Vier Aspekte aus der vorliegenden Arbeit sollen jedoch kurz herausgehoben werden:

1. Der Einsatz der Signallampe zur differenzierten Betonung und Verstärkung hat sich unseres Erachtens besonders bewährt und kann gerade beim Einsatz von Video-Rückmeldung empfohlen werden. Hier können kurze, präzise Signale gesetzt werden, die langes, verbales Umschreiben überflüssig machen. Der Therapeut kann sich auf die wesentliche Aussage beschränken, ohne jedesmal lange erklären zu müssen, worauf sich seine Aussage genau bezieht.

2. Zum Zeitpunkt des Einsatzes von Selbstregulationstechniken: Häufig werden derartige Techniken erst gegen Ende der Therapie eingesetzt, um den Klienten von Therapeuten unabhängiger zu machen und die Generalisierung der Lernfortschritte zu erleichtern. Die Ergebnisse unserer Vorgehensweise ermutigen dazu, bereits sehr früh mit der Modifikation von Selbstreaktionen zu beginnen.

3. Die Kombination von Verhaltenstraining und Selbstregulationstraining: Fremdkontrolle und Selbstkontrolle stehen sich nicht antagonistisch gegenüber und sollten in der praktischen Therapie nicht als inkompatible Alternativen gesehen werden. Vielmehr zeigen unsere Ergebnisse, daß eine Kombination beider Ansätze außerordentlich sinnvoll sein kann. Dies entspricht auch dem Gedanken des "multimodalen Ansatzes" (LAZARUS, 1974 a, b; siehe auch Kapitel 2.2.3.2.), nach dem alle Aspekte

eines Problemes angegangen werden sollen. Liegen also Verhaltensschwierigkeiten, Ängste und problematische Selbstreaktionen vor, sollte die Therapie auf allen drei Ebenen ansetzen, also Verhaltenstraining, hierarchisches Vorgehen und Modifikation der Selbstreaktionen anstreben.

4. Zur Verhaltensanalyse der Selbstreaktionen:
Hier soll zum Abschluß eine praktische Anregung gegeben werden, die sich auf die erste Phase der Therapie, nämlich die der Problemanalyse, bezieht. Neuerdings werden Prozesse der Selbstkontrolle in Verhaltensanalyse-Schemata mit einbezogen (siehe SCHULTE, 1974). Meist reduziert sich das Interesse aber auf Fragen wie "Was haben Sie selber versucht, gegen das Problem zu unternehmen? Hatten Sie Erfolg?" Das heißt, die Problemanalyse bezieht sich auf einen verbalen Bericht über Selbstkontrollversuche. Wäre es nicht wesentlich aufschlußreicher, sich auch hier an der Forderung nach beobachtbaren Verhaltenstests zu orientieren? Es stimmt nicht, daß Selbstregulationsprozesse unbeobachtbar sein müssen. Unser Vorgehen läßt sich als ein derartiger Verhaltenstest ansehen. Die Person sieht eine Video-Aufzeichnung ihres eigenen Verhaltens. Freie Kommentare des Klienten sind zwar interessant, aber ihr Verhalten, unter einer spezifischen Instruktion, nämlich, positive Aspekte herauszuarbeiten, ist noch aufschlußreicher. In diesem Bereich liegen häufig "Verhaltensdefizite" vor, die sich als weitgehende Unfähigkeit, positiv auf sich selber zu reagieren, zeigen. Die Überlegungen können hier nicht weiter ausgeführt werden. Es wäre interessant zu diskutieren, inwieweit sich hier ein reliables und valides Maß entwickeln ließe, das auch für andere Störungs-

bilder und deren Erforschung wichtig werden könnte. Wir denken hier zum Beispiel an das Problem des "depressiven" Klienten, der häufig ein hohes Maß an Selbstkritik zeigt (BECK, 1972).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß unsere therapeutische Vorgehensweise zu Anregungen für die Praxis geführt hat, obwohl sie für eine Studie entwickelt wurden, deren Erkenntnisinteresse zunächst mehr in der Bedingungsanalyse des Selbstsicherheitstrainings lag, als dessen generelle Effektivität zu untersuchen.

5. Forschungsausblick:

Wir glauben, daß die Entwicklung der Forschung im Bereich des Selbstsicherheitstrainings in der nächsten Zeit fünf Schwerpunkte haben wird:

- Verbesserung der Meßmethoden,
- Genauere Analyse der Bedingungen zur Aufrechterhaltung und Modifikation sozialer Angst und Unsicherheit,
- Studien zur Übertragbarkeit bisheriger Ergebnisse auf neue Verhaltensprobleme und andere Klientenpopulationen,
- Entwicklung von Curricula oder standardisierten Trainingsprogrammen für spezifische Populationen mit spezifischen Störungen,
- Die Untersuchung der Rolle der Therapeutenvariablen.

Diese Punkte sollen im folgenden kurz ausgeführt werden:

1. Zur Verbesserung der Meßmethoden

Sowohl für Fragebogen wie für die Analyse der Verhaltenstests sind weitere Arbeiten dringend erforderlich. Vor der Veröffentlichung des Unsicherheitsfragebogens werden ULLRICH und

ULLRICH de MUYNCK eine weitere groß angelegte Faktorenanalyse vornehmen. Zur Verwendung der deutschsprachigen Version der Fragebogen "Soziale Angst und Vermeidung" (SAV) und "Angst vor negativer Bewertung" (ANB) läuft in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster eine Studie.

Zur Frage der Auswertungsmöglichkeiten von Verhaltenstests im Bereich der Analyse kompetenten Verhaltens lief im selben Institut unter Leitung des Autors ebenfalls eine Untersuchung an.

2. Zur Bedingungsanalyse

Zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Arbeit läuft ein weiteres Projekt des Autors mit fünf experimentellen Gruppen an, nachdem die Behandlung von zwei anderen Gruppen abgeschlossen ist. Wir wollen hier Unterprozesse der Selbstregulation in ihrer spezifischen Bedeutung für die Optimierung der Therapie untersuchen. Welche Prozesse sind für den deutlichen Erfolg der Variable "Selbstregulationstraining" hauptsächlich verantwortlich?

Besonderes Interesse gilt auch der Variable Video-Feedback (siehe unsere Ausführung in 4.3.2.). Über die Details dieses Projektes kann hier nicht berichtet werden.

Wir wissen aber auch noch zu wenig über die Bedingungen, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der sozialen Angst und Inkompetenz verantwortlich sind. Die Untersuchung dieser Frage ist wesentlich vom Stand der

Entwicklung der Meßmittel abhängig. Der Ansatz, den ARKOWITZ und Mitarbeiter gewählt haben, scheint uns hier recht vielversprechend (siehe Kapitel 2.2.3.1.) zu sein.

3. Zur Übertragbarkeit der Ansätze auf andere Populationen und Verhaltensprobleme

Aus unserem Überblick über die empirische Literatur ergab sich, daß hinsichtlich dieser Fragestellung noch erhebliche Lücken bestehen. Hier ist ein weites Feld für empirische Untersuchungen. In Diplomarbeiten in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster haben HUCKLENBROICH-KATHÖFER und KRETSCHMER (1975) ähnliche Ansätze des Selbstsicherheitstrainings, wie sie hier vorgestellt wurden, zur Behandlung von ängstlichen Schülerinnen eingesetzt.

4. Zur Entwicklung von standardisierten Trainingsprogrammen

Die überaus positiven Ergebnisse, die wir trotz extremer Standardisierung erzielt haben, Berichte von ULLRICH de MUYNCK und ULLRICH (1973) und eigene Erfahrungen widerlegen Befürchtungen, daß mit standardisierten Programmen an den Problemen der Klienten notwendigerweise vorbeigearbeitet würde. In den meisten Programmen sind Möglichkeiten zur flexiblen Handhabung eingebaut.

Für die Arbeit mit spezifischen Klientenpopulationen wäre die Entwicklung von Standardprogrammen außerordentlich hilfreich, zumal diese oft eine gute wissenschaftliche Absicherung gewährleisten. Zu denken wäre an Programme für Eltern, Kinder, Drogenabhängige, Insassen

von Strafvollzugsanstalten, und andere, um auf die spezifischen Problemsituationen besser eingehen zu können. Standardprogramme sind keineswegs immer "zielgeschlossen" wie gelegentlich vermutet wird, sondern optimieren das Angebot an die Klienten. Die Auswahl der spezifischen Verhaltensziele sollte in offener Kommunikation zusammen mit den Klienten jeweils neu problematisiert und erarbeitet werden.

5. Die Untersuchung der Therapeuten-Variablen
Der Therapeut als Person rückt zunehmend in das Blickfeld des Interesses der Verhaltenstherapie. Eine von uns betreute Diplomarbeit von BUCHKREMER, OELLERMANN und VOSS (1975) untersuchte den Einfluß von Therapeutenmerkmalen, indem alle unsere Therapeuten ebenfalls Fragebogen ausfüllen mußten und eingeschätzt wurden. Über die teilweise recht interessanten Ergebnisse kann wegen ihres großen Umfanges hier nicht berichtet werden. Wenn man davon ausgeht, daß der Therapeut immer Modellfunktion hinsichtlich seines Sozialverhaltens hat, auch wenn er nicht direkt "Modell spielt" (BANDURA, 1969; 1971c), dann mag einleuchten, wie wichtig Therapeutenmerkmale gerade beim Training sozial kompetenten Verhaltens sein können.

Diese Forschungsansätze können helfen, therapeutische Verfahren für unterschiedliche Klienten effektiver und ökonomischer zu gestalten. Damit erfüllen sie eine wichtige soziale Aufgabe der Klinischen Psychologie.

5. LITERATURVERZEICHNIS

ADORNO, T.W.: Jargon der Eigentlichkeit. Frankfurt, 1970, Suhrkamp, e.s..

ALKIRE, A.A. & BRUNSE, A.J.: Impact and possible casualty from videotape feedback in marital therapy. J. of Consult. & Clin. Psych., 1974, 42, 2, 203-210.

ARKOWITZ, H.: College dating inhibitions: Assessment and treatment. Unpublished paper presented at the APA convention, 1973, Montreal, Canada.

ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, E. & McGOVERN, K.: A behavioral approach to social inhibition. Paper presented at the APA convention, 1971 Washington, D.C., USA.

ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, E., McGOVERN, K. & HINES, P.: The behavioral assessment of social competence in males. Beh. Ther., 1975, 6, 1, 3-14.

BACK, K.W.: Beyond words. The story of sensitivity training and the encounter group movement. Baltimore, 1973, Penguin Books.

BALEY, K.G. & SNOWDER, W.T.: Audiotape and videotape self-confrontation in psychotherapy. Psych. Bull., 1970, 74, 127-137.

BANDURA, A.: Principles of behavior modification. New York, 1969, Holt, Rinehart & Winston.

- Vicarious and self-reinforcement processes. 1971 a, in: Glaser, R. (Ed.): The nature of reinforcement. New York, 1971.

- Psychological modeling: Conflicting theories. Chicago, 1971 b, Aldine-Atherton.

- Psychotherapy based upon modeling principles. 1971 c, in: Bergin, A.E. & Garfield, S.C. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York, 1971, Wiley.

- Behavior therapy and the models of man. Americ. Psychologist, 1974, 12, 859-869.

BANDURA, A. & JEFFERY, R.W.: Role of symbolic coding and rehearsal process in observational learning. J. of Pers. & Soc. Psych., 1973, 26, 1, 122-130.

BANDURA, A., JEFFERY, R.W. & BACHICHA, D.L.: Analysis of memory codes and cumulative rehearsal in observational learning. J. of Research in Person., 1974, 7, 295-305.

BANDURA, A. & KUPERS, C.: The transmission of patterns of selfreinforcement through modeling. J. of. Anorm. & Soc. Psych., 1964, 69, 1-9.

BANDURA, A. & MAHONEY, M.J.: Maintainance and transfer of selfreinforcement functions. Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 89-97.

BANDURA, A. & WHALEN, C.K.: The influence of antecedent reinforcement and modeling cues on patterns of selfreward. J. of Pers. & Soc. Psych., 1966, 3, 373-382.

BARBER, T.X.: LSD, Marihuana, Yoga and Hypnosis. 1970, Chicago, Aldine-Atherton (a).

- Hypnosis: A scientific approach. New York, 1970, Van Nostrand (b).

BARLOW, D.H. & HERSEN, M.: Single case experimental design. Uses in applied clinical research. Arch. Gen. Psychiatr., 1973, 29, 319-325. Zit. nach: Eisler, Hersen, Miller, 1973.

BAYER, G.: Modifikation depressiven Verbalverhaltens in der Gruppe. Vortrag geh. auf der 3. Jahrestagung der European Association of Behaviour Therapy, Amsterdam, 2.7.-6.7.1973.

BECK, A.T.: Thinking and depression. Arch. Gen. Psychiatr., 1963, 9, 324-333.

- The core problem in depression: The cognitive triad. Science and Psychoanalysis, 1970, Vol. XVII, Grune & Stratton, 47-55 (a).

- Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. Beh. Ther., 1970 (b), 1, 184-200.

- Depression: Causes and treatment. Philadelphia, 1972.

BELLACK, A.: Internal versus external locus of control and the use of selfreinforcement. Psych. Rep., 1972, 31, 723-733.

BEM, D.J.: Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psych. Rev.,1967, 74, 183-200. Nach Kopel & Arkowitz, 1974.

BEM, S.L.: Verbal self-control: The establishment of effective self-instruction. J. of exp. Psych., 1967, 74, 485-491.

BERGER, M.M.: Videotape techniques in psychiatric training and treatment. New York, 1970, Brunner/Mazel.

BERGIN, A.E.: Cognitive Therapy and Behavior Therapy: Foci for a Multidimensional Approach to Treatment. Beh. Ther., 1970, 1, 205-212.

BERNAL, M.E.: Behavioral feedback in the modification of Brat behaviors. J. of Nerv. Ment. Dis., 1969, 148, 375-385. Nach Berger, 1970.

BIRBAUMER, N.: Neuropsychologie der Angst. München, 1973, Urban & Schwarzenberg.

BLACK, A.H.: Heart rate changes during avoidance learning in dogs. Canad. J. of Psych., 1959, 13, 229-242.

BORGATTA, E.F.: An analysis of three levels of response: An approach to some relationships among dimensions of personality. Sociometry, 1951, 14, 267-316.

BORKOVEC, T.D.: Effects of expectancy on the outcome of systematic desensitization and implosive treatments für analogue anxiety. Beh. Ther., 1972, 3, 29-40.

- The effects of instructional suggestion and physiological cues on analogue fear. Beh. Ther., 1973 (a), 4, 185-192.

- The role of expectancy and physiological feedback in fear-research: A review with special reference to subject characteristics. Beh. Ther., 1973 (b), 4, 491-505.

BORKOVEC, T.D., FLEISCHMAN, D.J. & CAPUTO, J.A.: The measurement of anxiety in an analogue social situation. J. of Consult. & Clin. Psych., 1974, 41, 1, 157-161.

BORKOVEC, T.D., STONE, N.M., O'BRIEN, G.T. & KALOUPEK, D.G.: Evaluation of a clinically relevant target behavior for analogue out come research. Beh. Ther., 1973, 4, 491-505.

BOYD, H.S. & SISNEY, V.V.: Immidiate self-image confrontation and changes in self-concept. J. of Consult. & Clin. Psych., 1967, 31, 291-294.

BREGER, L. & McGAUGH, J.L.: Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis. Psych. Bull., 1965, 63, 5, 338-358.

BRENGELMANN, J.C. & TUNNER, W. (Hrsg.): Behaviour Therapy-Verhaltenstherapie. Praktische und theoretische Aspekte. München, 1973, Urban & Schwarzenberg.

BUCHKREMER, A., OELLERMANN, I. & VOSS, U.: Explorative Untersuchung über Therapeuten- und Klientenvariablen, die die Effektivität eines Selbstsicherheitstrainings beeinflussen. Unveröffentl. Diplom-Arbeit, Münster, 1975.

BUCHWALD, A.M.: Extinction after acquisition under different verbal reinforcement combinations. J. of exp. Psych., 1959, 57, 43-48.

CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C.: Experimental and quasiexperimental designs for research. Chicago, 1966, siehe auch Schwarz, E..

CARRÈRE, J.: Le psycho-cinématographique. Principes et technique. Application au traitment des malades convalescents de delirium tremens. Ann. Medisopsychol., 1954, 112, 240-245. Nach Berger, 1970.

CHAVES, J.F.: Hypnosis reconceptualized: An overview of Barber's theoretical and empirical work. Psych. Rep., 1968, 22, 587-608.

CHRISTENSEN, A. & ARKOWITZ, H.: Preliminary report on practice dating and feedback as treatment for college dating problems. J. of Counsel. Psych., 1974, 21, 2, 92-95.

CHRISTENSEN, A., ARKOWITZ, H. & ANDERSON, J.: Beaus for Cupid's errors: Practice dating as treatment for college dating inhibitions. Beh. Res. & Ther., 1975, im Druck.

CLARK, J.V. & ARKOWITZ, H.: Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. Psych. Rep., 1975, 36, 211-221.

COSTELLO, C.G.: Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? Beh. Ther., 1972, 3, 240-247.

CRAIGHEAD, E.W., KAZDIN, E.A. & MAHONEY, M.J.: Behavior Modification: Principles, issues, and applications. Boston, 1975, im Druck, Houghton.

CURRAN, J.P.: Social skill training and systematic desensitization in reducing dating anxiety. Beh. Res. & Ther., 1975, 13, 65-68.

DANET, B.K.: Selfconfrontation in psychotherapy reviewed: Videotape playback as a clinical and research tool. Americ. J. of Psychother., 1968, 22, 245-257. Zit. nach Berger, 1970.

DAVISON, G.C.: Counter-control in behavior modification: In: Craighead et al., 1975, Vorabdruck unveröffentl., 1973.

DAVISON, G.C. & WILSON, G.T.: Critique of "Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure." Psych. Bull., 1972, 78, 1, 28-31.

- Processes of fear-reduction in systematic desensitization: Cognitive and social factors in humans. Beh. Ther., 1973, 4, 1-21.

DEE, C.: Instructions and the extinction of a learned fear in the context of taped implosive therapy. J. of Consult. & Clin. Psych., 1972, 39, 123-132.

DORSEY, T.E., KANFER, F.H. & DUERFELDT, P.H.: Task difficulty and noncontingent reinforcement schedules as factors in self-reinforcement. J. of gen. Psychiatr., 1971, 84, 323-334.

DST-Denksport-Test: Siehe LIENERT.

EDELSON, R.L. & SEIDMAN, E.: Use of videotaped feedback in altering interpersonal perceptions of married couples: A therapy analogue. J. of Consult. & Clin. Psych., 1975, 43, 2, 244-250.

EGGERT, D.: EYSENCK-Persönlichkeitsinventar (EPI). Göttingen, 1974, Verlag für Psychologie, Dr. Hogrefe.

EISLER, R.M., HERSEN, M. & AGRAS, W.S.: Videotape: A method for the controlled observation of nonverbal interpersonal behavior. Beh. Ther., 1973 (a), 4, 420-426.

- Effect of videotape and instructional feedback on nonverbal marital interaction: An analogue study. Beh. Ther., 1973, 4, 551-558. (b).

EISLER, R.M., HERSEN, M. & MILLER, P.M.: Effects of modeling on components of assertive behavior. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1973, 4, 1-6.

EISLER, R.M., HERSEN, M. & MILLER, P.M.: Shaping components of assertive behavior with instructions and feedback. Americ. J. of Psychiatr., 1974, 131, 12, 1344-1347.

EISLER, R.M., HERSEN, M., MILLER, P.M. & BLANCHARD, E.B.: Situational determinants of assertive behaviors. J. of Consult. & Clin. Psych., 1975, 43, 3, 330-340.

EISLER, R.M., MILLER, P.M. & HERSEN, M.: Components of assertive behavior. J. of Clin. Psych., im Druck, Vorabdruck, 1973.

EISLER, R.M., MILLER, P.M., HERSEN, M., HAARIET, A. & JACKSON, M.: Effects of assertive training on marital interaction. Arch. Gen. Psychiatr., 1974, 30, 643-649.

ELLIS, A.: Reason and emotion in psychotherapy. New York, 1962, Lyle Stuart.

- A cognitive approach to behavior therapy. Internat. J. of. Psychiatr., 1969, 8, 896-900.

ELLIS, A.: What kinds of reinforcement can cognitive-behavior therapists receive from B.F. Skinner? Beh. Ther., 1972, 3, 263-274.

EMI - Emotionalitätsinventar: Siehe ULLRICH et al., 1975.

EMMELKAMP, P.M.G.: Effects of expectancy on systematic desensitization and flooding. Europ. J. of Beh. Anal. & Mod., 1975, 1, 1-11.

EPI - EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar: Siehe EGGERT, 1974.

FEINGOLD, B.D. & MAHONEY, M.J.: Reinforcement effects on intrinsic interest: Undermining the overjustification hypthesis. Beh. Ther., 1975, 6, 3, 367-377.

FORSTER, T.: Experimenteller Beitrag zur Bedingungsanalyse im Selbstsicherheitstraining. Vortrag auf der 3. Jahrestagung der EABT, Amsterdam, vom 2.7.-6.7.1973.

- Aufbau sozialer Kompetenz durch Selbstsicherheitstraining. Experimentelle Bedingungsanalyse zur Überprüfung einer Verstärkungshypothese. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, München, 1974.

FRANKS, C.M. & WILSON, G.T.: Annual review of behavior therapy. Theory and practice. New York, 1973, Brunner/Mazel.

FRIEDMAN, P.H.: The effects of modeling and roleplaying on assertive behavior. 1971, in: Rubin, R.D., Fensterheim, H., Lazarus, A. & Franks, C.M.: Advances in behavior therapy. New York, 1971, Academic Press.

FROMME, D.K., WHISENANT, W.F., HELEN, H. & TEDESCO, J.F.: Group modification of affective verbalisations. J. of Consult. & Clin. Psych., 1974, 42, 6, 866-871.

GANTT, H.W.: Principles of nervous breakdown - schizokinesis and autokinesis. Ann. N.Y. Acad. Sci., 1953, 56, 143-164, zit. nach Salter, 1964.

GEERTSMA, R.H. & REIVICH, R.S.: Repetitive selfobservation by videotape playback. J. of Ment. Nerv. Dis., 1965, 141, 29-41. Zit. nach Berger, 1970.

GELSO, C.J.: Effect of audiorecording and videorecording on client satisfaction and self-exploration. J. of Consult. & Clin. Psych., 1973, 40, 3, 455-461.

GERST, M.S.: Symbolic coding processes in observational learning. J. of Pers. & Soc. Psych., 1971, 19, 7-17.

GITTELMANN, M.: Behavior rehearsal as a technique in child treatment. J. of Child Psych. & Psychiatr., 1965, 6, 251-255.

GLASGOW, R.E. & ARKOWITZ, H.: The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. Beh. Ther., 1975, im Druck, Vorabdruck, 1975.

GLEISS, I.: Die theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. Ein Diskussionsbeitrag. Mitteilungen der GVT, 1974, 6, 3, 23-37.

- Der konservative Gehalt der Antipsychiatrie. 1975, in: DAS ARGUMENT, Nr. 89, 1975, 31-51 (a).

- Verhalten oder Tätigkeit? Die Bedeutung beider Konzeptionen als theoretische Grundlegung des therapeutischen Veränderungsprozesses. 1975, in: DAS ARGUMENT, Nr. 91, 1975, 440-456 (b).

GLEISS, I., SEIDEL, R. & ABHOLZ, H.: Soziale Psychiatrie: Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt, 1973, Fischer Taschenbuch.

GOLDFRIED, M.R. & D-ZURILLA, T.J.: A behavior-analytical model for assessing competence. 1969, in: Spielberger, C.D. (Ed.): Current topics in clinical and community psychology, Vol. 1, 151-196. New York, 1969, Academic Press.

GOLDSMITH, J.B. & McFALL, R.M.: Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. J. of AbnormPsych., 1975, 84, 1, 51-58.

GOLDSTEIN, A.J., SERBER, M. & PIAGET, G.: Induced anger as reciprocal inhibition of fear. J. of Beh. Ther. & exp. Psychiatr., 1970, 1, 67-70.

GOLDSTEIN, A.P.: Structured learning therapy Toward a psychotherapy for the poor. New York, 1973, Academic Press.

GOLDSTEIN, A.P., MARTENS, J., HUBBEN, J., van BELLE, H.A., SCHAAF, W., WIERSMA, H. & GOEDHART, A.: The use of modeling to increase independent behavior. Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 31-42.

GOTTMAN, J., GONSO, J. & RASMUSSEN, B.: Social interaction, social competence and friendship in children. Unveröffentl. Manuskript der Indiana University, 1974.

GRAY, J.: Angst und Stress. Entstehung und Überwindung von Neurosen und Frustrationen. München, 1971, Kindler.

GREEN, A.H. & MARLATT, G.A.: Effects of instructions and modeling upon affective and descriptive verbalisations. J. of Abnorm. Psych., 1972, 80, 189-196.

GRIFFITHS, R. D.P.: Videotape feedback as a therapeutic technique: Retrospect and prospect. Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 1-8.

GRIFFITHS, R.D. & HINKSON, J.: The effects of videofeedback on the selfassessments of psychiatric patients. Brit. J. of Psychiatr., 1973, 123, 223-224. Zit. nach Griffiths, 1974.

GUTRIDE, M.E., GOLDSTEIN, A.P. & HUNTER, G.F.: The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. J. of Consult. & Clin. Psych., 40, 3, 408-415.

HABERMAS, J.: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz, 1971, in: Habermas et al., 1971, 101-141.

HABERMAS, J. & LUHMANN, N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt, 1971, Suhrkamp.

HALEY, J.: Strategies for psychotherapy. New York, 1963, Grune & Stratton.

- Uncommon Psychotherapy. The psychiatric techniques of Milton Erickson. New York, 1973, Norton, 1974 auch Balentines.

HARTIG, M.: Selbstkontrolle. Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. München, 1973, Urban & Schwarzenberg.

HAYNES, L.E. & KANFER, F.H.: Academic rank, task feedback and self-reinforcement in children. Psych. Rep., 1971, 28, 967-974.

HEDQUIST, F.J. & WEINHOLD, B.K.: Behavioral group counseling with socially anxious and unassertive college students. J. of Counsel. Psych., 1970, 13, 3, 237-242.

HERSEN, M. & EISLER, R.M.: Social skill training. 1975, in: Craighead et al., 1975, im Druck.

HERSEN, M., EISLER, R.M. & MILLER, P.M.: Development of assertive responses: Clinical measurement and research considerations. Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 505-521.

- An experimental analysis of generalisation in assertive training. Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 4, 295-310.

HERSEN, M., EISLER, R.M., MILLER, P.M., JOHNSON, M.B. & PINKSTONE, S.G.: Effects of practice, instructions and modeling on components of assertive behavior. Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 443-451.

HERSEN, M., TURNER, S.M., EDELSTEIN, B.A. & PINKSTONE, S.G.: Effects of phenothiazines, token economy, social skill training and job retraining in withdrawn schizophrenics. Unveröffentl. Papier, Jackson, Mississippi, USA, 1974.

HESLIN, R. & AMO, M.: A detailed test of the reinforcement-dissonance controversy in the counter-attitudinal advocacy situation. J. of Pers. & Soc. Psych., 1972, 23, 234-242.

HIGGINS, W.H., IVEY, A.E. & UHLEMANN, M.R.: A programmed approach to teaching behavioral skills. Unveröffentl. Papier, Columbia University, 1969, Zit. nach Goldstein, 1973.

HOLZKAMP, K.: Sinnliche Erkenntnis - Historischer Ursprung und gesellschaftliche Funktion der Wahrnehmung. Frankfurt, 1973, Fischer-Athenäum.

HOMANS, G.C.: Theorie der sozialen Gruppe. Köln, Opladen, 1960, Westdeutscher Verlag.

- Social behavior. Its elementary forms. London, 1961, Routledge & Kegan.

- Was ist Sozialwissenschaft? Köln, Opladen, 1969, Westdeutscher Verlag.

HUCKLENBROICH-KATHÖFER, C. & KRETSCHMER, S.: Ein Beitrag zur theoretischen Begründung und empirischen Erprobung von Therapieverfahren bei ängstlichen Schülerinnen. Unveröffentl. Diplomarbeit, Münster, 1975.

JACKSON, B.: Treatment of depression by self-reinforcement. Beh. Ther., 1972, 3, 298-307.

JAEGGI, E.: Persönlichkeitstheoretische Implikationen verhaltenstherapeutischer Praxis. 1975, in: DAS ARGUMENT, Nr. 91, 1975, 423-439.

JARVIS, D.E.: Verbal control of sensory-motor performance. Human Development, 1968, 11, 172-183.

INNERHOFER, P.: Ein Regelmodell zur Analyse und Intervention in Familie und Schule. Abänderung und Erweiterung des S-R-K-Modells. Zeitschrift f. klin. Psych., 1974, 1, 1-30.

KAMINSKI, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart, 1970, Klett.

KANFER, F.H.: The Maintainance of behavior by self-generated stimuli and reinforcements. 1971, in: Jacobs, A. & Sachs, L.B. (Eds.): Psychology of private events. 1971. Übersetzung 1973 in Hartig, 1973.

- Selfmanagement techniques. 1975, in: Kanfer & Goldstein, 1975a, 309-356.

- Mündliche Mitteilung, Münster, 1975b.

KANFER, F.H., BRADLEY, M. & MARSTON, A.: Self-reinforcement as a function of degree of learning. Psych. Rep., 1962, 10, 885-886.

KANFER, F.H. & DUERFELDT, P.H.: Motivational properties of self-reinforcement. Percept. & Mot. Skills, 1967, 25, 237-246b.

- Effects of pretraining on self-evaluation and self-reinforcement. J. of Pers. & Soc. Psych., 1967, 7, 2, 164-168a.

- Comparison of self-reward and self-criticism as a function of types of prior external reinforcement. J. of Pers. & Soc. Psych., 1968, 8, 3, 261-268.

KANFER, F.H., DUERFELDT, P.H. & LePAGE, A.L.: Stability of patterns of self-reinforcement. Psych. Rep., 1969, 24, 663-670.

KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P.: Helping people change. New York, 1975, Pergamon.

KANFER, F.H. & KAROLY, P.: Self-Regulation and its Clinical Application: Some Additional Conceptualizations. 1971, abgedruckt in: Johnson, R.C., Dokecki, P.R. & Mowrer, O.H. (Eds.): Conscience, Contract and Social Reality: Theory and Research in Behavioral Science. New York, 1972, Holt, Rinehart und Winston.

- Self-control: A behavioristic excursion into the Lion's Den. Beh. Ther., 1972, 3, 398-416.

KANFER, F.H. & MARSTON, A.R.: Conditioning of self-reinforcement responses: An analogue to self-confidence training. Psych. Rep., 1963a, 13, 63-70.

- Determinants of self-reinforcement in human learning. J. of exp. Psych., 1963,b, 66, 3, 245-254.

KANFER, F.H. & Saslow, G.: Behavioral diagnosis, 1969, in: C. Franks (Ed.): Behavior Therapy. Appraisal and Status. 1969, New York, McGraw-Hill. Übersetzung in: Schulte, 1974.

KARST, T.O. & TREXLER, L.D.: An initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public-speaking anxiety, J. of Consult. & Clin. Psych., 1970, 34, 3, 360-366.

KAUFMANN, A., BARON, A. & KOPP, R.E.: Some effects of instructions on human operant behavior. Psychonomic Monograph Supplements, 1966, 1, 243-250, zit. nach Bandura, 1971a.

KAZDIN, A.E.: Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. J. of Abnorm. Psych., 1974, 83, 3, 240-252, (a).

- Self-monitoring and behavior change. 1974, in: Mahoney, M.J. & Thoresen, C.E. (Eds.): Selfcontrol: Power to the person. Montery, 1974, Brooks & Cole, 218-246, (b).

KELLY, G.A.: The psychology of personal constructs. New York, 1955, Norton.

KLAUS, G.: Kybernetik und Erkenntnistheorie. Berlin, 1969, VEB-Verlag der Wissenschaften.

KLEIN, M.H., DITTMANN, A.T., PARLOFF, M.B. & GILL, M.M.: Behavior Therapy: Observations and reflections. J. of Consult. & Clin. Psych., 1969, 33, 259-266.

KRAIKER, Ch.: Bemerkungen über die empirischen und theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. 1974, in: Kraiker, Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München, 1974, Kindler, 11-32.

KRASNER, L. & ULLMANN, L.P.: Behavior influence and personality. The social matrix of human action. New York, 1973, Holt, Rinehart & Winston.

KROP, H., CALHOON, B. & VERRIER, R.: Modification of the "self-concept" of emotionally disturbed children by covert reinforcement. Beh. Ther., 1971, 2, 201-204.

KROP, H., MESSINGER, J. & REINER, C.: Increasing eye contact by covert reinforcement. Unveröffentl. Papier, Veterans Hospital, Gainesville and University of Florida, 1973.

KROP, H., PEREZ, F., BEAUDOIN, C.: Modification of the "self-concept" of psychiatric patients by covert reinforcement. Paper read at the ABT Convention, 1971, veröffentl. in: Franks, C.M. & Rubin, D. (Eds.): Advances in behavior therapy. New York, 1972, Academic Press.

LANG, P.J.: The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. 1971, in: Bergin & Garfield (siehe Bandura, 1971c), 75-125. Übersetzung in Birbaumer, 1973.

LAWS, D.R. & SERBER, M.: Measurement and evaluation of assertive training with sexual offenders. Paper presented at the AABT convention, Sept. 1971, Washington, D.C. USA.

LAZARUS, A.A.: The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. Beh. Res. & Ther., 1963, 1, 69-79.

- Behavior therapy with identical twins. Beh. Res. & Ther., 1964, 1, 313-319.

- Behavior therapy, incomplete treatment and symptom substitution. J. of Nerv. Ment. Dis., 1965, 140, 80-86.

- Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vc. advise in effecting behavior change. Beh. Res. & Ther., 1966, 4, 209-212.

- In support of technical ecclecticism. Psych. Rep., 1967, 21, 415-416.

- Learning theory and the treatment of depression. Beh. Res. & Ther., 1968, 6, 83-89.

- Some reactions to Costello's paper on depression. Beh. Ther., 1972, 3, 248-250.

- Behavior Therapy and Beyond. New York, 1971, McGraw Hill.

- On assertive behavior: A brief note. Beh. Ther., 1973, 4, 5, 697-699.

- Multimodal behavioral treatment of depression. Beh. Ther., 1974, 5, 4, 549-554a.

- Multimodal behavior therapy in groups. 1974 (b) im Druck, erscheint in der 2. Auflage von: Gazda, G.M. (Ed.): Basic approaches to group psychotherapy and group counseling. Springfield, 1968 (1974), Thomas.

LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R. & OPTON, E.M.: Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie. 1973, in: Birbaumer, 1973, 158-183.

LEDERER, W.J.: Verminderung von Ehestörungen und familiären Schwierigkeiten durch Video-Aufnahmen familiärer Interaktionen zuhause. in: Ehe, 1974, 1, 38-48.

LEONTÈV, A.N.: Das Problem der Tätigkeit in der Psychologie. Sowjetwissenschaft, 1973, Heft 4.

LEWINSOHN, P.M.: Clinical and theoretical aspects of depression. Paper presented at the 1972 Georgia Symposium in experimental clinical psychology. Unveröffentl. Papier.

LEWINSOHN, P.M. & SCHAFFER, M.: Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. J. of Consult. & Clin. Psych., 1971, 37, 1, 87-94.

LIBERMAN, R.: A behavioral approach to group dynamics I. Reinforcement and prompting of cohesiveness in group therapy. Beh. Ther., 1970, I, 2, 141-175.

LIBET, J.M. & LEWINSOHN, P.M.: Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. J. of Consult. & Clin. Psych., 1973, 40, 304-312.

LIENERT, G.: DST - Denksport-Test. Göttingen, 1964, Verlag für Psychologie, Hogrefe.

LOCKE, E.A.: Is "behavior Therapy" behavioristic? (An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods). Psych. Bull., 1971, 76, 5, 318-327.

LOO, R.M.Y.: The effect of projected consequences an overt behavior rehearsal on assertive behavior. Unveröffentl. Dissertation, University of Illinois, Urbana, 1971.

LURIA, A.: The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior. New York, 1961, Liverright, nach Salter, 1964.

MacDONALD, M.L., LINDQUIST, C.U., KRAMER, J.A., McGRATH, R.A. & RHYNE, L.D.: Social skill training: Behavior rehearsal in groups and dating skills. J. of Counsel. Psych., 1975, 22, 3, 224-230.

MacPHERSON, E.L.R.: Selective operant conditioning and deconditioning of assertive modes of behavior. J. of Beh. Ther. & exp. Psychiatr., 1972, 3, 99-102.

MAHONEY, M.J., BANDURA, A., DIRKS, S.I. & WHRIGHT, C.L.: Relative preference for external and self-controlled reinforcement in monkeys. Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 157-163.

MAHONEY, M.J., MOORE, B.S. & WADE, T.C.: Effects of continuous and intermittent self-monitoring on academic behavior. J. of Consult. & Clin. Psych., 41,1, 65-69, 1973.

MAHONEY, M.J. & THORESEN, C.E.: Behavioral self-Control: Power to the Person. Monterey, 1974, Brooks/Cole.

MANDEL, A., MANDEL, K.H., STADTER, E. & ZIMMER, D.: Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. München, 1971, Pfeiffer.

MANDEL, K.H., MANDEL, A. & ROSENTHAL, H.: Einübung der Liebesfähigkeit. Praxis der Kommunikationstherapie für Paare. München, 1975, Pfeiffer.

MARLATT, G.A.: Task structure and the experimental modification of verbal behavior. Psych. Bull., 1972, 78, 335-350.

MARSTON, A.R.: Personality variables related to self-reinforcement. J. of Psych., 1964, 58, 169-175.

MARSTON, A.R.: Self-reinforcement: The relevance of a concept in analogue research to psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1965, 2, 1-5.

- Self-control and obesity. Unveröffentl. Vortrag, gehalten am 2.6.1975 am Psychologischen Institut der Universität Münster.

MARSTON, A.R. & FELDMAN, S.E.: Toward the use of self-control in behavior modification. J. of Consult. & Clin. Psych., 1972, 39, 3, 429-433.

MASTERS, J.C. & BRANCH, M.N.: Comparison of the relative effectiveness of instructions, modeling and reinforcement for inducing behavior change. J. of exp. Psych., 1969, 80, 364-368.

McFALL, R.M. & BRIDGES, D.V.: Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertive training: Assessment and training stimuli. Unpublished paper. University of Wisconsin, 1970.

McFALL, R.M. & LILLESAND, D.B.: Behavioral rehearsal with modeling and coaching in assertive training. J. of Abnorm. Psych., 1971, 77, 313-323.

McFALL, R.M. & MARSTON, A.R.: An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. J. of Abnorm. Psych., 1970, 76, 2, 295-303.

McFALL, R.M. & TWENTYMAN, C.T.: Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertive training. J. of Abnorm. Psych., 1973, 81, 199-218.

McGOVERN, K.B., ARKOWITZ, H. & GILMORE, S.K.: The evaluation of social skill training programs for college dating inhibitions. J. of Counsel. Psych., 1975, im Druck.

MEICHENBAUM, D.: Cognitive Modification of test anxious college students. J. of Consult. & Clin. Psych., 1972, 39, 3, 370-380.

- Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. Research Reports Nr. 25, 1971, veröffentlicht 1973, übersetzt in Hartig, 1973.

- Selfinstructional training: A cognitive prosthesis for the aged. Human Development, 1974, 17, 273-280.

- Cognitive Behavior Modification. Unveröffentl. Vortrag, gehalten am 4.7.1975 am Psychologischen Institut der Universität Münster.

- Cognitive Behavior Modification: Newsletter, Nr. 1, April 1975.

MEICHENBAUM, D. & CAMERON, R.: An examination of cognitive and contingency variables in anxiety relief procedures. University of Waterloo, unpubl. paper, 1972.

- Stress inoculation. A skill training approach to anxiety management. University of Waterloo, unpublished paper, 1972.

- Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. Beh. Ther., 1973, 4, 4, 515-534.

MEICHENBAUM, D., GILMORE, J.B. & AL FEDORAVICUS: Group insight versus systematic desensitization in treating speech anxiety. J. of Consult. & Clin. Psych., 1971, 36, 3, 410-421.

MEICHENBAUM, D. & GOODMAN, J.: The developmental control of operant motor responding by verbal operants. J. of exp. Child Psych., 1969, 7, 553-565.

- Training impulsive children to talk to themselves. J. of Abnorm. Psych., 1971, 77, 115-126.

MELNICK, J.: A comparison of replication techniques in the modification of minimal dating behavior. Unveröffentl. Dissertation, Cincinnati, 1971, veröffentlicht als Kurzfassung in: J. of Abnorm. Psych., 1973, 81, 1, 51-59.

MILLER, G.A., GALANTER, E. & PRIBRAM, K.H.: Plans and the structure of behavior. New York, 1960, Holt, Rinehart & Winston. Übersetzt: 1973, Klett.

MISCHEL, W.: Personality and assessment. New York, 1968, Wiley.

- Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psych. Rev., 1973, 80, 4, 252-283.

MOLINEUX, J. & ATTHOWE, J.: Self-rewarding and self-punitive behavior in mildly depressed and normal college students. Paper presented at the meeting of the Montana Psychological Association, Bozeman, USA, April, 1971.

MOORE, F.J., CHERNELL, F. & WEST, M.J.: Television as a therapeutic tool. Arch. Gen. Psychiatr., 1965, 12, 217-220. Nach Berger, 1970.

MORENO, J.: Psychodrama, Vol. I & II. New York, 1959, Beacon House.

MORGAN, W.G.: The relationship between expressed social fear and assertiveness and its treatment implications. Beh. Res. & Ther., 1974, 12, 255-257.

MURRAY, E.J. & JACOBSON, L.I.: The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy. 1971, in: Bergin & Garfield, 1971, siehe Bandura 1971c.

NATSOULAS, T.: Concerning introspective "knowledge". Psych. Bull., 1970, 73, 2, 89-111.

NAWAS, M.M.: Wherefore cognitive therapy? A critical scrutinity of the papers by Beck, Bergin and Ullmann. Beh. Ther., 1970, 359-370.

NEISSER, U.: Kognitive Psychology. Stuttgart, 1974, Klett.

NOTTERMANN, J.M., SCHOENFELD, W.N. & BERSCH, P.J.A.: A comparison of three extinction procedures following heart rate conditioning. J. of Abnorm. Soc. Psych., 1952, 47, 674-677.

O'BANION, K. & ARKOWITZ, H.: Social anxiety and selective memory for affective information about the self. im Druck, vermutl. Beh. Ther. 1975.

O'CONNOR, R.D.: Modification of social withdrawal through symbolic modeling. J. of Applied Beh. Anal., 1969, 2, 15-22.

O'CONNOR, R.D.: Relative efficacy of modeling, shaping and the combined procedures for modification of social withdrawal. J. of Abnorm. Psych., 1972, 79, 3, 327-334.

PADEN, R.C., HIMMELSTEIN, H.C. & PAUL, G.L.: Videotape vs. verbal feedback in the modification of meal behavior of chronic mental patients. J. of Consult. & Clin. Psych., 1974, 42, 4, 623.

PERSELY, G. & LEVENTHAL, D.B.: The effects of therapeutically oriented instructions and of the pairing of anxiety imagery and relaxation in systematic desensitization. Beh. Ther., 1972, 3, 417-424.

PICKENHAIN, L.: Grundriß der Physiologie der höheren Nerventätigkeit. Berlin, 1959 VEB Verlag Volk und Gesundheit.

- Methodologische Probleme der Untersuchung biologischer Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen, 1968, in: Pickenhain & Thom, 1968, 79-119.

PICKENHAIN, L. & THOM, A. (Hrsg.): Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Jena, 1968, in: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie, Heft Nr. 35. VEB Gustaf Fischer.

POTTER, St.: One-upmanship. New York, 1971, Holt, Rinehart & Winston.

QUITMANN, H., TAUSCH, A. & TAUSCH, R.: Selbstkommunikation von Jugendlichen und ihren Eltern, Zusammenhang mit Psychoneurotizismus und elterlichem Erziehungsverhalten. Zeitschrift f. klin. Psych., 1974, 3, 193-204.

RATHUS, S.A.: An experimental investigation of assertive training in a group setting. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1972, 3, 81-86.

- Instigation of assertive behavior through videotape-mediated assertive models and directed practice. Beh. Res. & Ther., 1973, 11, 57-65.

- A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Beh. Ther., 1973, 4, 398-406.

RAMSEY, R.W.: Comments on G. L. Thorpe's article. Europ. J. of Beh. Anal. & Mod., 1975, 1, 45-46.

REHM, P. & MARSTON, A.R.: Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation therapy technique. J. of Consult. & Clin. Psych., 1968, 32, 565-574.

REIVICH, R.S. & GEERTSMA, R.H.: Experiences with videotape self-observation by psychiatric inpatients. J. of Kansas Medic. Soc. LXIX, 1968, 39-44, nach Berger, 1970.

ROBIN, A.L., ARMEL, S. & O'LEARY, D.K.: The effects of selfinstruction on writing deficiences. Beh. Ther., 1975, 6, 2, 178-187.

ROSS, D.M., ROSS, A. & EVANS, T.A.: The modification of extrem social withdrawal by modeling with guided participation. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1971, 2, 273-279.

ROSS, L., RODIN, J. & ZIMBARDO, R.: Toward an attribution therapy: The reduction of fear through induced cognitive-emotional misattribution. J. of Pers. & Soc. Psych., 1969, 12, 279-288.

ROTTER, J.E., CHANCE, J. & PHARES, E.J. (Eds.): Applications of social learning theory of personality. New York, 1972, Holt, Rinehart & Winston.

SALTER, A.: Conditioned reflex therapy. New York, 1949, Creative Age Press.

- The theory and practice of conditioned reflex therapy. 1964 in: Wolpe, J., Salter, A. & Reyna, L.J. (Eds.): The conditioning therapies. New York, 1964.

SCHAEFER, H.H., SOBELL, M.B. & MILLS, K.C.: Some sobering data on the use of selfconfrontation with alcoholics. Beh. Ther., 1971, 2, 28-39.

SCHINDLER, S.: Verhaltensübung und Selbstkontrolle im Selbstsicherheitstraining. Eine experimentelle Untersuchung über die Effizienz zweier Therapie-Techniken für die soziale Kompetenz. Unveröffentl. Diplom-Arbeit, München, 1975.

SCHULTE, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, 1974, Urban & Schwarzenberg.

SCHWARTZ, R. & GOTTMAN, J.: A task analysis approach to clinical problems: A study of assertive behavior. Unveröffentl. Manuskript, Indiana University, 1974.

SCHWARZ, E.: Experimentelle und quasi-experimentelle Anforderungen in der Unterrichtsforschung. 1970 in: Ingenkamp, K.: Handbuch der Unterrichtsforschung, Teil I, Weinheim, 1970, Beltz, 445-632.

SERBER, M.: Teaching the nonverbal components of assertive training. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1972, 3, 179-183.

SERBER, M. & NELSON, P.: The ineffectiveness of systematic desensitization and assertive training in hospitalized schizophrenics. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1971, 2, 107-109.

SIMKINS, L.: The reliability of self-recorded behaviors. Beh. Ther., 1971, 2, 83-87.

SPANOS, N.P., DeMOOR, W. & BARBER, T.X.: Hypnosis and behavior therapy: Common denominators. Unveröffentl. Manuskript, Massachusetts, Medfield Foundation, 1972.

SPANOS, N.P., HAM, M.W. & BARBER, T.X.: Suggested ('Hypnotic') visual hallucinations: Experimental and phenomenological data. J. of Abnorm. Psych., 1973, 81, 96-106.

SUSSKIND, D.J.: The idealized self-image (ISI): A new technique in confidence training. Beh. Ther., 1970, 1, 538-541.

THIBAUT, J.W. & KELLY, H.H.: The social psychology of groups. New York, 1959, Wiley.

THORPE, G.L.: Desensitization, behavior rehearsal, self-instructional training and placebo effects on assertive behavior. Europ. J. of Beh. Anal. & Mod., 1975, 1, 30-44.

TWENTYMAN, C.T. & McFALL, R.M.: Behavioral training of social skills in shy males. J. of Consult. & Clin. Psych., 1975, 43, 3, 384-395.

ULLMANN, L.P.: On cognitions and behavior therapy. Beh. Ther., 1970, 1, 201-204.

ULLRICH, R. & ULLRICH de MUYNCK, R.: Implosion, Reizüberflutung, Habituationstraining. 1974 in: Kraiker, C., 1974, 396-397.

- Das Emotionalitäts-Inventar (EMI) - Struktur und faktorenanalytische Untersuchungen stressinduzierter Antworten. Diagnostika, 1975, XXI, 2, 84-95.

ULLRICH de MUYNCK, R. & FORSTER, T.: Selbstsicherheitstraining, 1974 in: Kraiker, C., 1974, 351-369.

ULLRICH de MUYNCK, R. & ULLRICH, R.: Standardisierung des Selbstsicherheitstrainings für Gruppen. Vortrag gehalten auf der 1. Jahrestagung der EABT, München, 1971, abgedruckt in: Brengelmann & Tunner, 1973, 254-259.

– The efficiency of a standardized assertive training program (ATP). Vortrag gehalten auf der 2. Jahrestagung der EABT, Wexford, Ireland, 1972,

– Soziale Angst - Lernstrategien zur Bewältigung sozialer Konfliktsituationen. Ein empirischer Ansatz. In Vorbereitung, voraussichtlich 1976 im Hogrefe Verlag.

WAGNER, M.: Reinforcement of expression of anger through role-playing. Beh. Res. & Ther., 1968, 6, 91-95.

WATSON, D. & FRIEND, R.: Measurement of social-evaluative anxiety. J. of Consult. & Clin. Psych., 1969, 33, 4, 448-457.

WATSON, D. & THARP, R.: Einübung in Selbstkontrolle. Grundlagen und Methoden der Verhaltensänderung. München, 1975, Pfeiffer (Original 1972).

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.D.: Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, 1969, Huber.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. & FISH, R.: Lösungen - Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, 1974, Huber.

WEINMAN, B., GELBART, P., WALLACE, M. & POST, M.: Inducing assertive behavior in chronic schizophrenics: A comparison of socioenvironmental, desensitization and relaxation therapies. J. of Consult. & Clin. Psych., 1972, 39, 2, 246-252.

WEINTRAUB, M., SEGAL, R.M. & BECK, A.T.: An investigation of cognition and affect in the depressive experiences of normal men. J. of Consult. & Clin. Psych., 1974, 47, 6, 911.

WILKINS, W.: Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique. J. of Consult. & Clin. Psych., 1973, 40, 69-77.

WOLFE, J.: Unveröffentlichte Arbeit über Verhaltensübung und Rational-Emotionale Therapie, Titel unbekannt, 1975 am Institute for Rational Living, zitiert nach Meichenbaum-Newsletter, 1975.

WOLPE, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, 1958, Stanford University Press.

WOLPE, J.: The practice of behavior therapy. New York, 1969, Pergamon.

- The instigation of assertive behavior: Transscript from two cases. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1970, 1, 145-151.

- Praxis der Verhaltenstherapie. Bern, 1972, Huber.

- Supervision script: V - mainly about assertive training. J. of Beh. Ther. & Exp. Psychiatr., 1973, 4, 141-148.

WOLPE, J. & LAZARUS, A.: Behavior therapy techniques. New York, 1966, Pergamon.

WYNNE, L.L. & SOLOMON, R.L.: Traumatic avoidance learning: Acquisition and extinction in dogs deprived of normal peripheral autonomic function. Genetic Psych. Monographs, 1955, 52, 241-281, nach Bandura, 1969.

ZIGLER, E. & PHILLIPS, L.: Social competence and the processreactive distinction in psychopathology. J. of Abnorm. & Soc. Psych., 1962, 65, 4, 215-222.

ZIMMER, D.: Soziales Kompetenztraining und soziale Wirklichkeit: Zur methodologischen und gesellschaftlichen Problematik. 1976 (in Vorbereitung) in: Ullrich de Muynck & Ullrich, 1976.

ZIMMER, D.& FIEDLER, P.A.: Verhaltenstherapeutische Gruppen. Neue Möglichkeiten - neue Probleme. Vortrag gehalten auf dem GVT-DBV-Kongreß, München, 1974, abgedruckt in: Mitteilungen der GVT, 1975, 1, 19-30.

A N H A N G

	Seite
Rollenspiel-Instruktionen und Übungs-Situationen	1
Aushang	6
Therapie-Kontrakt	7
Instruktion für die Gruppe EG 1	8
Instruktion für die Gruppe EG 2	9
Selbst-Instruktion für selbstsicheres Verhalten	11
Selbstbewertungs-Skalen	12
Allgemeiner Fragebogen für die Voruntersuchung	13
End-Informations-Fragebogen	15
Nachkontroll-Fragebogen	17
Situations-Angst-Einschätzung	19
Unsicherheitsfragebogen	22
Emotionalitäts-Inventar (E M I - A_1)	26
SAV (Skala soziale Angst und Vermeidung) ANB (Watson & Friend)	28
Zur Auswertung von den Fragebogen U und EMI, SAV-ANB	31
Verhaltenstest-Beurteiler-Ausfüllbogen	33
Mittelwerte und Streuung der Ergebnisse	34

Rollenspiel-Instruktionen und Übungs-Situationen

1. Verhaltenstest: Es ist kurz vor Mitternacht. Sie wollen schlafen und benötigen den Schlaf dringend, denn Sie haben am nächsten Tag viel Arbeit vor sich, bei der Sie sich stark konzentrieren müssen. Aber Sie können nicht schlafen, weil der Mieter über Ihnen eine rauschende Party feiert und die Musik sehr laut gestellt hat. Sie klingeln an seiner Tür und bitten um Ruhe. Er geht darauf nicht ein. Sie verweisen dann auf die Möglichkeit, daß Sie die Polizei verständigen können. Jetzt gibt er nach.

Instruktion: Ihr Therapeut wird den Gastgeber spielen. Bitte versuchen Sie sich die Situation so genau vorzustellen, wie es Ihnen möglich ist.

2. Situation: Sie sind in einer fremden Stadt und fragen irgendeinen Passanten nach einer kleinen Straße. Sie kennen weder Lage noch Stadtteil der Straße.

Instruktion: Ihr Therapeut wird an Ihnen vorbeigehen. Sie halten ihn auf und bitten ihn um die Auskunft. Versuchen Sie so laut und deutlich zu reden und Ihren Partner anzuschauen. Stellen Sie Ihre Frage kurz und direkt und bedanken Sie sich nicht zu überschwenglich.

3. Situation: Sie schauen sich in einem Buchladen um und werden von einem Verkäufer direkt nach Ihrem Wunsch gefragt. Sie antworten, Sie möchten sich nur in Ruhe umsehen.

Instruktion: Fragen Sie nicht um Erlaubnis, sondern teilen Sie Ihren Wunsch mit. Seien Sie kurz und bestimmt. In dieser Situation sind umschweifige Erklärungen fehl am Platz. Benützen Sie das Wörtchen "Ich".

4. Situation: Sie bitten in der Mensa oder in einem Selbstbedienungslokal jemanden vom Personal, Besteck zu holen, da keine Messer und Servietten mehr für die Selbstbedienung aufliegen.

Instruktion: Seien Sie dabei höflich, aber bestimmt. Rechtfertigen Sie Ihren Wunsch nicht mit dem Bedürfnis der anderen Gäste, sondern mit Ihrem eigenen. Sie wollen Messer und Serviette haben.

5. Situation: Sie wollen sich auf dem Amt einen neuen Personalausweis ausstellen lassen. Ein Beamter hat Ihnen erklärt, was Sie alles tun müssen. Sie haben ihn aber nicht verstanden. Sie bitten ihn erneut um genaue, langsame und deutliche Erklärung.

Instruktion: Bringen Sie keine langen Entschuldigungen, bitten Sie um eine neue Erläuterung auf eine höfliche, aber bestimmte Art und wiederholen Sie seine Erklärung kurz, um sicherzugehen, daß Sie sie verstanden haben.

6. Situation: Sie bringen eine Ware mit einem kleinen Fabrikationsfehler, den Sie nicht gleich entdeckt haben, am nächsten Tag wieder zurück und verlangen, daß Sie ein anderes Exemplar bekommen. Wählen Sie sich für das Spiel irgendeine Ware, z.B. Fotoapparat, Plattenspieler, Pullover oder ähnliches, und denken Sie sich einen kleinen Fehler aus.

Instruktion: Sie können auch Ihren Ärger ausdrücken. Benutzen Sie den Ausdruck "Ich möchte" oder "Ich verlange" und machen Sie dem Verkäufer die Sachlage klar.

7. Situation: Sie bitten einen guten Bekannten, Ihnen beim Umzug oder bei der Wohnungseinrichtung zu helfen. Das wird einen ganzen Samstagnachmittag in Anspruch nehmen. Sie hatten ihm früher auch bereits einmal geholfen.

Instruktion: Äußern Sie Ihre Bitte ohne Entschuldigung und halten Sie dabei Blickkontakt. Erklären Sie, wieviel Zeit die Arbeit in Anspruch nimmt, was es für eine Arbeit ist, und zeigen Sie, daß Sie wirklich auf seine Hilfe angewiesen sind.

8. Situation: Sie rufen den Ober in einem Lokal und fragen ihn nach der Bedeutung, Geschmacksrichtung und Zusammensetzung einer ausländischen Spezialität. Nachdem Sie die gewünschte Auskunft bekommen haben, bedanken Sie sich kurz und bestellen ein anderes Gericht.

Instruktion: Zeigen Sie zunächst Interesse für das Gericht und hören Sie interessiert zu. Sehen Sie dem Ober dabei ins Gesicht, wenn Sie ein anderes Gericht bestellen.

9. Situation: Sie bitten Ihren Partner, d.h. Ehefrau bzw. Ehemann, Freund bzw. Freundin, Verständnis dafür zu haben, daß Sie an diesem Abend schlechter Laune und abgespannt sind. Sie hatten gemerkt, daß Sie zu Gereiztheit und übersensiblen Reaktionen neigen.

Instruktion: Beschreiben und erklären Sie Ihren Gefühlszustand ohne Entschuldigung, aber mit der Bitte um Verständnis. Zeigen Sie Nachsicht für seine Gefühle.

10. Situation: Sie steigen in einen vollbesetzten Bus. Da Sie sich nicht wohl fühlen, d.h. Kopfweh, Grippe, Schwindelgefühle oder Bauchweh haben, bitten Sie einen jungen Mann höflich, Ihnen seinen Platz zur Verfügung zu stellen.

Instruktion: Sehen Sie ihn an. Äußern Sie erst Ihre Bitte und begründen Sie sie dann. Sagen Sie kurz und höflich danke.

11. Situation: Für eine zehnstündige Zugfahrt hatten Sie sich eine Platzkarte gekauft. Der Zug scheint sehr voll zu sein. Auch Ihr Abteil ist besetzt und ein junger Mann sitzt auf Ihrem Platz. Sie fordern ihn auf, Ihnen Ihren Platz zur Verfügung zu stellen. Er geht darauf zunächst nicht ein. Erst, als Sie damit drohen, den Schaffner zu rufen, gibt er nach.

Instruktion: Sie müssen Ihr Recht durchsetzen. Bleiben Sie kühl. Aggressionen helfen nicht weiter. Bringen Sie Ihre Argumente sachlich und knapp vor. Lassen Sie sich nicht auf eine Diskussion ein. Wenn Ihre Argumente nicht wirken, verweisen Sie auf die Möglichkeit, den Schaffner zu rufen. Seien Sie bestimmt und sehen Sie ihn an.

12. Situation: Sie bringen einen Pullover oder etwas Ähnliches mit dem Kassenzettel am Tage nach dem Kauf zurück und sagen, daß er nicht Ihren Wünschen entspricht, da er z.B. zu kurze Ärmel hat, farblich nicht zu Ihren anderen Sachen paßt, unangenehm auf der Haut ist oder ähnliches.

Instruktion: Der Pullover ist fehlerfrei, Ihnen aber unangenehm. Sagen Sie, was Sie dafür wollen, eine Nummer größer, andere Farbe, Geld zurück, eine andere Ware dafür. Diskutieren Sie nicht über Ihre Gefühle, sondern teilen Sie sie auf eine sachlich, höfliche, aber bestimmte Weise mit.

13. Situation: In einem Lokal ist Ihnen ein lauwarmes Essen geliefert worden, das Ihnen deswegen nicht schmeckt. Sie rufen die Bedienung und verlangen ein neues, warmes Essen.

Instruktion: Diskutieren Sie nicht, sondern wiederholen Sie, daß Ihnen das Essen zu kalt ist, was immer der Ober sagt, und bestehen Sie auf einem neuen, warmen Essen. Sie können Ihren Ärger zum Ausdruck bringen, ohne laut zu werden. Verlangen Sie eine schnelle Bedienung.

14. Situation: In der Lebensmittelabteilung eines Supermarktes erkundigen Sie sich nach Qualität, Geschmacksrichtung und Kilo-Preis von Fleisch, Wurst oder Käse und verlangen genau 100 Gramm, z.B. vom Aufschnitt. Sie lassen sich nicht mehr verkaufen.

Instruktion: Sie geben keine Begründung, sondern bestehen auf 100 Gramm und wiederholen im Zweifelsfalle Ihren Wunsch. Sehen Sie dabei die Verkäuferin an.

15. Situation: Ein naher Freund hat seit längerer Zeit Geld bzw. ein wichtiges Buch von Ihnen geliehen und Ihnen dies aus Gleichgültigkeit noch nicht zurückgegeben, obwohl Sie ihn bereits einmal darauf angesprochen hatten. Sie benötigen Geld bzw. Buch und verlangen dies unverzüglich zurück, obwohl Ihr Freund zögert und sich herauszuwinden versucht.

Instruktion: Sie betonen, daß Sie erstens Ihr Geld bzw. Buch zurück haben wollen und zweitens, daß die Gleichgültigkeit Ihres Freundes die Freundschaft belaste. Beschreiben Sie Ihr Gefühl des Ausgebeutetseins und lassen Sie sich nicht auf eine Diskussion ein. Zeigen Sie, daß Ihnen noch viel an der Freundschaft liegt, Ihr Freund aber auch etwas dazu tun sollte. Benutzen Sie so oft wie möglich das Wort "Ich" und beschreiben Sie Ihre Gefühle statt anzuklagen.

16. Situation: Sie bitten Ihren Partner, Freund, Freundin, Ehemann oder Ehefrau, seine/ihre Sachen immer bitte gleich aufzuräumen, statt sie unaufgeräumt in der Wohnung herumfliegen zu lassen.

Instruktion: Statt anzuklagen, machen Sie den Unterschied in Ihren Gefühlen klar, der durch Aufräumen oder Nichtaufräumen ausgelöst wird. Sehen Sie Ihren Partner an und nehmen Sie so oft wie möglich das Wörtchen "Ich".

17. Situation: In Ihrer Arbeitsgruppe wird Arbeit verteilt. Sie, wie die meisten in der Gruppe, haben bereits den Ihnen zustehenden Teil an Arbeit übernommen. Es ist aber noch Arbeit zu verteilen. Ihr Freund hat sich bis jetzt um die Arbeit gedrückt, oder ist verschont geblieben. Sie bitten ihn, die Arbeit zu übernehmen.

Instruktion: Bringen Sie zum Ausdruck, daß Sie es nur fair finden, wenn er jetzt diese Arbeit übernimmt, und beschreiben Sie Ihre Gefühle des Ärgers im Falle, daß er die Arbeit nicht übernehmen will. Zeigen Sie ihm, daß unkooperatives Verhalten die Freundschaft belastet, indem Sie das Wörtchen "Ich" benutzen und Ihre Gefühle beschreiben. Sehen Sie ihn dabei an.

18. Situation: Sie erklären Ihren Eltern oder Mitgliedern in Ihrer Wohngemeinschaft, daß Sie sich entschlossen hätten, auszuziehen und ein eigenes Zimmer zu nehmen. Erklären Sie, daß Ihr Entschluß feststeht und das Ergebnis gründlicher Überlegungen ist.

Instruktion: Erklären Sie mit Worten, die sich auf Ihre Gefühle beziehen, daß die Atmosphäre zuhause oder in der Wohngemeinschaft von Ihnen so erlebt wird. Sie meinen nämlich, eine positive Beziehung und positive Gefühle

besser erhalten zu können, wenn Sie etwas mehr Distanz voneinander haben und nicht mehr so nahe aufeinander sitzen. Versuchen Sie, keine spezifischen oder allgemeinen Vorwürfe oder Anklagen zu machen, sondern beschreiben Sie Ihre Gefühlslage. Sie wollen den Auszug mitteilen, nicht lange diskutieren.

A U S H A N G

Ort: Mensa, Kantine, Schwarze Bretter in verschiedenen Instituten und Wohnheimen

HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, SICH DURCHZUSETZEN ?

Sind Sie unsicher, wenn Sie berechtigte Wünsche und Forderungen durchsetzen wollen?

Wenn Sie interessiert sind, können Sie an einem kostenlosen Selbstsicherheitstrainings-Programm teilnehmen, das im Psychologischen Institut der Universität Münster, Rosenstraße 9, durchgeführt wird.

Dauer des Trainings: 7 Wochen

Beginn: voraussichtlich Mitte Mai (bis Anfang Juni)

Die Behandlung wird im Rahmen der Psychotherapie-Forschung als wissenschaftlich kontrollierte Studie durchgeführt und umfaßt sieben intensive Trainingsstunden als Einzelsitzungen.

Alle Teilnehmer erhalten eine wissenschaftlich fundierte Behandlung, die auf dem derzeitigen Stand der empirischen Therapie-Forschung aufbaut. Als Gegenleistung für die kostenlose Behandlung werden die Teilnehmer gebeten, einige Fragebogen auszufüllen, am Anfang des nächsten Semesters zu einer einstündigen Nachkontrolle zu erscheinen und alle Termine einzuhalten, die gemeinsam mit ihnen aufgestellt werden.

Es wird absolute Diskretion bezüglich aller persönlichen Daten garantiert.

Wer ernsthaft interessiert ist, soll sich an einem der beiden folgenden Termine zu der etwa zweistündigen Vorbesprechung einfinden:

Freitag, 3.5.1974 und Montag, 6.5.1974, jeweils 20.00 Uhr in den Kemenaten Psychologisches Institut, Rosenstraße 9.

Dirk Z i m m e r

Therapie - Kontrakt

Datum: ..... Lfd.Nr.: .....

Ich, ... (Adresse: .....

..... Tel.: .....) erkläre mich hiermit bereit, an dem Therapie-Experiment zum Selbstsicherheits-Training teilzunehmen, das von Herrn Dirk Zimmer (Psychologisches Institut, Abteilung Klinische Psychologie, Münster, Rosenstraße 9) durchgeführt wird.

1. Ich verpflichte mich, zu allen Terminen pünktlich zu erscheinen und nur in dringenden Fällen nicht zu erscheinen, wobei ich rechtzeitig vorher telefonisch Bescheid geben werde (0251-4904126 oder Tel. d. Ther.n. .....).

2. Ich verpflichte mich, zur Nachkontrolle zu erscheinen. Sollte ich aus einem dringenden Grunde verhindert sein, werde ich telefonisch um einen Tausch der Termine bitten.

3. Bis zur Nachkontrolle werde ich meine Therapie-Erfahrungen nicht mit anderen Personen durchsprechen, da dies die Daten für die Studie unbrauchbar machen könnte. Dies gilt v.a. für andere Teilnehmer an dieser Studie.

Münster, den .....

.....
(Unterschrift)

Wir, der Therapeut, ..., und der wissenschaftliche Leiter der Studie, Dirk Zimmer, verpflichten uns

1. als Gegenleistung kostenlos eine wissenschaftlich fundierte Therapie, d.h. ein Training in selbstsicherem Auftreten, durchzuführen, das dem derzeitigen Stand der Psychotherapie-Forschung entspricht.

2. Wir garantieren absolute Diskretion bezüglich aller persönlichen Daten, die erhoben werden. Zu ihnen hat kein Außenstehender Zugang, ohne Ihre ausdrückliche Genehmigung.

3. Wir verpflichten uns, im Anschluß an die Nachkontrolle eine Informationsveranstaltung abzuhalten, auf der wir über die wissenschaftlichen Ergebnisse der Studie berichten und alle anstehenden Fragen beantworten werden. Soweit es die Zeit erlaubt, sind Einzelgespräche im Anschluß an die Nachkontrolle ebenfalls möglich.

Münster, den .....

Therapeut: .....
Leiter:
.....

Instruktion für die Gruppe EG 1

Therapie-Instruktion 1

Zunächst einige allgemeine Bemerkungen:

Im Gegensatz zu traditionellen psychotherapeutischen Anschauungen weisen heutzutage eine Unzahl neuerer empirischer Studien aus der experimentellen Psychotherapie-Forschung darauf hin, daß es möglich ist, Lebensprobleme direkt anzugehen, das heißt, Verhaltensstörungen und Ängste direkt zu behandeln, ohne daß Gefahr bestünde, daß ein geheiltes Symptom durch ein anderes ersetzt wird.

Verhaltens- und Erlebensprobleme sind als Produkte ungünstiger Lernbedingungen begreifbar. Sie werden am besten durch einen Um- oder Neulern-Prozeß aufgehoben. Genau dies will unser Programm initiieren.

Um den erworbenen Lernfortschritt zu stabilisieren, sollten Sie versuchen, anschließend nicht wieder in gewohnte Vermeidungsmuster zurückzufallen, wodurch Weiterlernen verhindert wird. Wir hoffen, daß Sie viel von diesem Programm profitieren werden.

Innerhalb von 7 Therapie-Stunden werden Sie von Ihrem Therapeuten intensiv trainiert werden, soziale Angst zu überwinden und selbstsicher Wünsche zu äußeren und Forderungen zu stellen, zu denen Sie berechtigt sind.

Dabei werden wir folgendermaßen vorgehen:

Sie hören zunächst vom Tonband die Beschreibung der Situation und eine genaue Charakterisierung einer optimalen Reaktion. Sie werden versuchen, sich in die Situation hineinzuversetzen, um sie dann mit Ihrem Therapeuten im Rollenspiel durchzuspielen.

Anschließend bekommen Sie genaue Rückmeldung und erfahren von Ihrem Therapeuten, inwieweit Sie Fortschritte gemacht haben, was gut war, und auf was Sie noch achten müssen. Daraufhin spielen Sie die Situation noch ein zweites Mal.

Im Laufe der Therapie werden wichtige Situationen aus verschiedenen Lebensbereichen durchgenommen. Sollte eine Situation absolut nicht auf Ihre Verhältnisse passen, und sollte es Ihnen auch absolut nicht gelingen, sich in die Situation einzufühlen, wird Ihr Therapeut mit Ihnen eine etwa gleichschwere Variation wählen, die dann Grundlage des Trainings ist.

Je aktiver Sie in der Therapie mitarbeiten, desto mehr profitieren Sie davon!

Instruktion für die Gruppe EG 2

Therapie-Instruktion 2

Zunächst einige allgemeine Bemerkungen:

Im Gegensatz zu traditionellen psychotherapeutischen Anschauungen weisen heutzutage eine Unzahl neuerer empirischer Studien aus der experimentellen Psychotherapie-Forschung darauf hin, daß es möglich ist, Lebensprobleme direkt anzugehen, das heißt, Verhaltensstörungen und Ängste direkt zu behandeln, ohne daß Gefahr bestünde, daß ein geheiltes Symptom durch ein neues ersetzt wird.

Verhaltens- und Erlebensprobleme sind als Produkte sowohl von ungünstigen Lernbedingungen als auch als Produkte zu hoher Selbstkritik, Selbstbestrafung und sehr ungenügender Selbstverstärkung (das heißt, Selbst-Anerkennung für positive Bemühungen und Leistungen) begreifbar. Überhöhte, unmenschliche Leistungsanforderungen von der Gesellschaft, aber auch vom Individuum an sich selber angelegt, können derartige ungünstige Lernbedingungen verursachen.

Derartige Probleme werden am besten durch einen Um- oder Neulern-Prozeß aufgehoben, der neben einem Verhaltens-Geschicklichkeitstraining auch Änderungen der ungünstigen Selbstbestrafungs- und Selbstverstärkungsmuster in Gang bringen soll. Genau dies will unser Programm initiieren.

Um den erworbenen Lernfortschritt zu stabilisieren, sollten Sie versuchen, anschließend nicht wieder in gewohnte Vermeidungsmuster zurückzufallen, wodurch ein Weiterlernen verhindert wird. Wir hoffen, daß Sie viel von diesem Programm profitieren werden!

Innerhalb von 7 Therapie-Stunden werden Sie von Ihrem Therapeuten intensiv trainiert werden, soziale Angst zu überwinden und selbstsicher Wünsche zu äußern und Forderungen zu stellen, zu denen Sie berechtigt sind.

Dabei werden wir folgendermaßen vorgehen:

Sie hören zunächst vom Tonband eine Beschreibung der Situation und eine genaue Charakterisierung einer optimalen Reaktion. Sie werden versuchen, sich in die Situation hineinzuversetzen, um sie dann mit dem Therapeuten im Rollenspiel durchzuspielen. Bevor Sie genaue Rückmeldung von Ihrem Therapeuten darüber bekommen, was gut und ein Fortschritt war, und auf was Sie noch achten müssen, sollen Sie selber versuchen, gute Punkte an Ihrem Verhalten herauszufinden. WICHTIG: Anerkennen Sie jeden kleinen Fortschritt und jede gute Bemühung! Dann werden Sie schnell vorwärtskommen. Sagen Sie nie: "Das war ganz schlecht verglichen mit dem, was ich erreichen möchte."

Das ist Selbstbestrafung, die Lernen lähmt und verunmöglicht! Sagen Sie: "Ich habe mir Mühe gegeben und bin in dieser und jener Hinsicht wieder einen kleinen Schritt vorwärtsgekommen." Das ist Selbstverstärkung, die Lernen enorm beschleunigt. Sie werden daraufhin die Situation ein zweites Mal spielen.

Im Laufe der Therapie werden wichtige Situationen aus verschiedenen Lebensbereichen durchgenommen. Sollte eine Situation absolut nicht auf Ihre Verhältnisse passen, und sollte es Ihnen absolut unmöglich sein, sich in sie einzufühlen, wird Ihr Therapeut mit Ihnen eine etwa gleichschwere Variation wählen, die dann Grundlage des Trainings ist.

Je aktiver Sie an der Therapie mitarbeiten, desto mehr werden Sie davon profitieren!

Selbst-Instruktion für selbstsicheres Verhalten

Wenn Sie vor einer Situation stehen, in der Sie selbstsicheres Verhalten zeigen wollen, geben Sie sich selber positive Instruktionen: "Ich werde es schon schaffen!" - "Ich bin im Recht und werde dies auch in Anspruch nehmen." Statt zu sich zu sagen: "Das schaffe ich nie!", sagen Sie lieber: "Ich kann es, es wird schon gehen."

Wenn Sie in der Situation sind:

1. Reden Sie laut und deutlich!
2. Schauen Sie Ihrem Partner in die Augen!
3. Nehmen Sie eine entspannte Körperhaltung ein!
4. Äußern Sie Ihre berechtigten Wünsche in der "Ich"-Form!
5. Sagen Sie zuerst, was Sie wollen, dann warum!
6. Entschuldigen Sie sich nicht, wenn Sie berechtigte Forderungen stellen!

- Ziel ist nicht, den anderen fertig zu machen, sondern nur Ihr Recht in Anspruch zu nehmen! Deshalb:

- Seien Sie nicht feindselig aggressiv, sondern bestimmt und kühl im Auftreten, das bringt Sie weiter!

- Wenn es sein muß: Kämpfen Sie um Ihr Recht, aber bleiben Sie kühl und überlegt in der Wahl Ihrer Schritte!

- Schreien und physischer Angriff sind oft Zeichen der Selbstunsicherheit und Angst.

Seien Sie nicht unmenschlich zu sich selber! Man wird nicht von heute auf morgen perfekt! Jeder Lernprozeß benötigt Zeit und Übung! Man kann nur schnell und gründlich lernen, wenn man seine Aufmerksamkeit auf positive Fortschritte richtet, das heißt, stolz und zufrieden ist, wenn man jedesmal ein kleines Stück weitergekommen ist. Deshalb: Anerkennen Sie Ihre eigenen Bemühungen und beachten Sie jeden kleinen Fortschritt, den Sie erzielen.

Vermeiden Sie Selbstkritik, Selbsthaß und Ungeduld mit sich selber! Mit Schuldgefühlen und Selbstbestrafung wurde noch nie viel erreicht, aber sehr oft mancher positive Ansatz an Selbstentfaltung unterdrückt, da er unmenschlichen Leistungsanforderungen nicht genügte.

Am weitesten kommen Sie durch positive Selbst-Instruktion vor der Situation und positive Selbst-Verstärkung für jeden Fortschritt!

Selbstbewertungs-Skalen

Name: . . . . . Datum: . . . . . Lfd.Nr.....

Bitte markieren Sie mit einem Kreis um die entsprechende Zahl, wie Sie Ihr eigenes Verhalten in der letzten Rollenspiel-Situation einschätzen.

Lassen Sie Ihr Urteil weder von falscher Bescheidenheit, Selbstkritik oder auch Selbstbeschwichtigungstendenzen leiten. Versuchen Sie, Ihr Verhalten so objektiv zu beurteilen, wie es Ihnen möglich ist. Nehmen Sie sich nicht zuviel Zeit.

Dabei bedeuten die Zahlen:

-5 = ausgesprochen schlecht
-3 = es ging nicht so gut
-1 = bin leicht unzufrieden
+1 = bin leicht zufrieden
+3 = es ging ganz gut
+5 = es ging ausgesprochen gut

Inhalt des Gesagten:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	+3	+4	+5
Stimme (Höhe, Regelmäßigkeit - Zittern):	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	+3	+4	+5
Körperhaltung (ruhig, lässig, unruhig, verkrampft):	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	+3	+4	+5
Mimik:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	+3	+4	+5
Augenkontakt:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	+3	+4	+5

Allgemeiner Fragebogen für die Voruntersuchung

Sie werden gebeten, im Rahmen der Voruntersuchung die folgenden Fragen auszufüllen. Bitte lassen Sie keine Frage aus und nehmen Sie sich nicht zu viel Zeit für jede einzelne Frage.

Alle Informationen werden mit absoluter Diskretion behandelt! Kein Außenstehender erhält ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung Einblick in diese Fragebogen!

Name:

Adresse:

Tel.: Geschlecht: Alter:

Studienrichtung: Semesterzahl (gesamt):

Monatseinkommen:
Aus welcher Quelle (bitte alles Zutreffende unterstreichen):
Stipendium - Eltern - Arbeit - Ehepartner - Sonstiges:.....

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Sind Sie zur Zeit in therapeutischer Behandlung? Ja Nein

Haben Sie sich für die nähere Zukunft zu einer derartigen Beratung oder Behandlung fest angemeldet? Ja Nein

1. Für wie selbstsicher halten Sie sich, wenn Sie sich mit anderen Menschen Ihres Alters in Ihrem kulturellen und sozialen Milieu vergleichen? Bitte markieren Sie den Punkt auf der folgenden Skala:

   Ich bin sicherer als

   1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

2. Wie selbstsicher möchten Sie gerne sein, verglichen mit Menschen Ihren Alters aus Ihrem soziokulturellen Milieu?

   Ich möchte sicherer sein als

   1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

3. Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten, was Sie unter "Selbstsicherheit" verstehen:

4. Glauben Sie, daß die Fähigkeit, berechtigte Wünsche und Forderungen adäquat äußern zu können, ein wichtiger Teil von Selbstsicherheit ist?

   Ja ... Nein ... Vielleicht ...

   Falls Sie mit Ja oder Vielleicht geantwortet haben: Welche Bedeutung würden Sie diesem Teil zuschreiben?

1	2	3	4	5	
kaum wichtig		von mittlerer Bedeutung		sehr wichtig	Bitte machen Sie einen Kreis um die Zahl.

5. Wie gut können Sie berechtigte Wünsche und Forderungen äußern, verglichen mit anderen Menschen Ihres Alters aus Ihrem soziokulturellen Milieu?

   Ich kann es besser als

   1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

6. Bezogen auf Frage 5.: Wie sicher möchten Sie gerne sein, wenn Sie berechtigte Wünsche und Forderungen stellen, verglichen mit anderen, um mit sich zufrieden zu sein?

   Ich möchte sicherer sein als

   1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

End-Informations-Fragebogen

Um die Daten der Untersuchung richtig interpretieren zu können, möchten wir Sie bitten, jede der folgenden Fragen zu beantworten und keine auszulassen!

Bitte machen Sie immer einen Kreis um die richtige Antwort, wenn diese vorgegeben ist, oder kreisen Sie die zutreffende Zahl ein. Beim EMI-Fragebogen (in der Mitte dieses Paketes) bitte immer nur eine Zahl einkreisen, wenn sechs Zahlen zwischen zwei Adjektiven stehen, wie z.B.:
entspannt 1 2 3 4 5 6 gespannt

Sollten Sie zu denjenigen gehören, die während der letzten 7 Wochen nicht an einem Trainingsprogramm teilgenommen haben: Die folgenden Daten sind für uns Grundlage für die kommende Therapie und auch als wissenschaftliche Kontrolldaten wichtig.

Datum: . . . . . Lfd. Nr.: . . . .

Name: . . . . . Adresse: . . . . . .

. . . . . Tel.: . . . . . .

1. Im Vergleich zu der Zeit vor 7 Wochen fühle ich mich im allgemeinen -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
sehr viel schlechter — gleich — sehr viel wohler

2. Im Vergleich zur Zeit vor 7 Wochen bin ich zur Zeit
-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
sehr viel unsicherer u. ängstlicher — gleich — sehr viel sicherer und weniger ängstlich

3. Berechtigte Wünsche und Forderungen kann ich im Vergleich zur Zeit vor 7 Wochen
-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
sehr viel schlechter — gleich — sehr viel besser
äußern.

4. Abgesehen von Therapie und Training: Haben Sie während der letzten 7 Wochen bedeutsame Erlebnisse gehabt, die Ihre soziale Selbstsicherheit positiv oder negativ beeinflußt haben. Wenn ja, beschreiben Sie sie bitte kurz:

5. Haben Sie versucht, selber aktiv in den realen Lebenssituationen selbstsicheres Verhalten zu üben (und evtl. in der Therapie Gelerntes zu praktizieren)? Ja Nein
Bitte beschreiben Sie kurz, wenn Ja:

6. Gab es während der letzten 7 Wochen Erlebnisse, die Ihr Allgemein-Befinden erheblich positiv oder negativ beeinflußt haben? Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz:

7. Verglichen mit Menschen Ihres Alters und Milieus, für wie selbstsicher halten Sie sich jetzt?
Ich fühle mich sicherer als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Ich würde gerne sicherer sein als:

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Verglichen mit Menschen gleichen Alters und Milieus kann ich berechtigte Wünsche und Forderungen sicherer als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

äußern.

Bezüglich der Äußerung berechtigter Wünsche und Forderungen würde ich gerne sicherer sein als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Nur für Leute, die am Trainingsprogramm teilgenommen haben:

Ich war mit meinem Therapeut zufrieden:

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
absolut nicht — weder noch — absolut

Mit der angebotenen Therapie-Form war ich zufrieden:

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
absolut nicht — weder noch — absolut

Ich fände es gut, wenn das Trainingsprogramm in folgender Hinsicht verbessert würde:

NACHKONTROLL - FRAGEBOGEN

Bitte jede Frage beantworten!

Bitte richtige Zahl einkreisen!

Beim EMI nur eine einzige Zahl einkreisen
(Beispiel: entspannt 1 2(3) 4 5 6 angespannt)

Datum: . . . . . Name, Vorname: . . . . . .

Seit dem Ende der Therapie fühle ich mich im allgemeinen

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1	0	+1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
sehr viel schlechter	gleich	sehr viel besser

Meine Fähigkeit, berechtigte Wünsche und Forderungen zu äußern, hat sich seit dem Ende der Therapie

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1	0	+1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
sehr ver- schlechtert	gleich geblieben	sehr ver- bessert

Haben Sie versucht, selber aktiv in realen Situationen Erfahrungen mit selbstsicheren Verhalten zu machen und dieses geübt?

Ja - Nein Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

Gab es seit Ende der Therapie wichtige Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Selbstsicherheit positiv oder negativ beeinflußt haben?

Ja - Nein Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

Verglichen mit Menschen Ihres Alters und Milieus, für wie selbstsicher halten Sie sich im allgemeinen? (momentan!)?

Ich fühle mich sicherer als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Ich würde gerne sicherer sein als:

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Bezüglich der Fähigkeit berechtigte Wünsche und Forderungen zu äußern, fühle ich mich sicherer als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Bezüglich der Fähigkeit Wünsche und Forderungen zu äußern würde ich gerne sicherer sein als

1 % 25 % 50 % 75 % 99 %

Rückblickend gesehen war ich mit meinem Therapeuten folgendermaßen zufrieden:

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
absolut weder absolut
nicht noch zufrieden

Rückblickend gesehen war ich mit der angebotenen Therapieform folgendermaßen zufrieden:

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7
absolut weder absolut
nicht noch zufrieden

Am besten gefiel mir bei der Therapie:

Am wenigsten gefiel mir bei der Therapie:

Bei der folgenden Situationseinschätzung bedeuten:

1 = kein Problem 5 = ein Problem 8 = sehr starkes Problem
10 = unmöglich, Panikgefühle

Situations-Angst-Einschätzung

1. Sie haben für eine 10-stündige Eisenbahnfahrt eine Platzkarte. Der Zug ist voll. Auf Ihrem Platz sitzt ein junger Mann. Sie fordern ihn auf, aufzustehen. Er gibt erst nach, als Sie damit drohen, den Schaffner zu rufen.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Sie bringen einen Pullover (o.ä.) mit Kassenzettel zurück, den Sie tags zuvor gekauft hatten, und tauschen ihn ohne Entschuldigung, aber mit einer kurzen Begründung um (z.B.: Paßt nicht zu meinen anderen Sachen, ist unbequem auf der Haut, ...).
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Sie bringen eine Ware mit einem kleinen Fabrikationsfehler, den Sie nicht gleich entdeckt haben, am nächsten Tage zurück und verlangen ein anderes Exemplar.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Sie erkundigen sich im Laden nach Kilo-Preis und Qualität von bestimmten Nahrungsmitteln (z.B. Käse, Fleisch, Wurst) und bestehen auf genauer Einhaltung des von Ihnen gewünschten Gewichtes (z.B. 100 g). Sie lassen sich nicht mehr verkaufen.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Nachdem Ihnen in einem Lokal ein lauwarm bis kaltes Essen gebracht wurde, rufen Sie wieder nach dem Ober und verlangen, daß er Ihnen ein warmes Essen serviert. Der Ober geht darauf ein.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Sie rufen den Ober und fragen ihn nach der Bedeutung des Namens einer ausländischen Spezialität sowie nach Zusammensetzung und Geschmacksrichtung. Nach der Erklärung bestellen Sie ein anderes Gericht.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Im Kino können Sie nichts sehen, da vor Ihnen ein großer Mann sitzt. Sie bitten ihn, sich zwei Plätze weiter nach links zu setzen, da er sie dort nicht stört und dort auch seinen noch größeren Hintermann ebenfalls nicht stört.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Aufgrund Ihres Angestelltenverhältnisses stehen Ihnen gewisse Vergünstigungen zu, wie z.B. Essenmarken. Der zuständige Beamte erklärt Ihnen zu Unrecht, daß Sie diese Vergünstigung nicht bekommen können, indem er z.B. sagt, es hätten schon zu viele diese Vergünstigung in Anspruch genommen. Sie bestehen auf Ihrem Recht, der Beamte gibt nach.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-2-

9. Um 11.30 Uhr ist es Ihnen immer noch nicht möglich einzuschlafen, da Ihr Nachbar eine lautstarke Party feiert. Sie müssen am nächsten Tag konzentriert arbeiten (oder haben eine Prüfung) und gehen rüber und verlangen, daß er die Musik leiser stellt. Er will darauf nicht eingehen und versucht, Sie zur Party einzuladen. Er gibt erst nach, als Sie mit der Polizei drohen.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Sie erklären Ihren Eltern (oder den Mitgliedern Ihrer Wohngemeinschaft), daß Sie sich entschlossen hätten, auszuziehen und ein eigenes Zimmer zu nehmen.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Ein guter Freund hat seit langer Zeit Geld (oder ein wichtiges Buch) von Ihnen geliehen und hat dies aus Gleichgültigkeit nicht zurückgegeben. Sie benötigen das Geld (Buch) und verlangen es zurück, obwohl Ihr Freund nicht darauf eingehen möchte.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Sie bitten einen Bekannten, Ihnen beim Umzug (oder beim Einrichten der Wohnung) zu helfen, was den ganzen Samstagnachmittag in Anspruch nehmen wird. Sie hatten ihm früher auch einmal geholfen und benötigen seine Hilfe.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. In Inrer Arbeitsgruppe wird Arbeit verteilt. Sie haben bereits den Ihnen zustehenden Teil übernommen. Ihr Freund hat sehr wenig Arbeit übernommen. Sie bitten ihn, eine wichtige Gruppenarbeit zu übernehmen, da er weniger als andere belastet ist.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Sie bitten Ihren Partner (Ehe-, Freund/in), seine Sachen bitte immer gleich aufzuräumen, statt sie unaufgeräumt in der Wohnung herumliegen zu lassen.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Sie bitten Ihren Partner, Verständnis dafür zu haben, daß Sie an diesem Abend etwas müde oder schlechter Laune sind.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Sie wollen auf dem Amt einen neuen Personalausweis haben und haben die Erklärungen des Beamten, was Sie zu tun haben, nicht ganz verstanden. Sie bitten ihn um eine erneute genaue, langsame und deutliche Erklärung.
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. In der Mensa oder in einem Selbstbedienungslokal bitten Sie eine Serviererin, Besteck zu holen, da keine Messer mehr für die Selbstbedienung aufliegen.
    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Sie haben ein Gipsbein oder fühlen sich aus einem anderen Grunde (Übelkeit, ...) nicht wohl und nicht in der Lage, längere Zeit stehend in einem Bus zu fahren. In einem vollen Bus bitten Sie deshalb einen jüngeren Herrn, für Sie aufzustehen, da ja alle Plätze besetzt sind.
    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unsicherheitsfragebogen

Name: . . . . . Datum: . . . . . Lfd.Nr. ...

U

6 = stimmt vollkommen 1 = stimmt überhaupt nicht	stimmt überhaupt nicht					stimmt voll-kommen
1. Ich treffe Entscheidungen schnell und sicher	1	2	3	4	5	6
2. Ich erhalte nicht gern Geschenke	1	2	3	4	5	6
3. Ich kann eine Kritik leicht offen äußern ...	1	2	3	4	5	6
4. Es fällt mir schwer, eine Bitte abzuschlagen	1	2	3	4	5	6
5. Ich finde es schwierig, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen	1	2	3	4	5	6
6. Auch wenn ich im Recht bin, wage ich nicht, einem Polizisten zu widersprechen	1	2	3	4	5	6
7. Ich verlasse mich im allgemeinen auf mein eigenes Urteil	1	2	3	4	5	6
8. Ich schlucke meinen Ärger immer runter	1	2	3	4	5	6
9. In Diskussionen fallen mir immer erst nachher die richtigen Argumente ein	1	2	3	4	5	6
10. Ich habe immer das Gefühl, andere Leute zu belästigen, wenn ich um eine Auskunft bitte	1	2	3	4	5	6
11. Ich unterlasse alles, was Widerspruch herausfordern könnte	1	2	3	4	5	6
12. Wenn jemand mir ins Wort fällt, fordere ich ihn auf, mich ausreden zu lassen	1	2	3	4	5	6
13. Ich bin sehr schnell zu kränken	1	2	3	4	5	6
14. Ich muß öfters gegen meine Schüchternheit ankämpfen	1	2	3	4	5	6
15. Es ist mir gleichgültig, was andere Menschen über mich denken	1	2	3	4	5	6
16. Ich vermeide es möglichst, Verantwortung zu übernehmen	1	2	3	4	5	6
17. Wenn ich in einem fremden Haus eingeladen bin, fühle ich mich die ganze Zeit befangen	1	2	3	4	5	6
18. Ich neige dazu, mich für alles zu entschuldigen	1	2	3	4	5	6
19. Eine Gesprächspause verunsichert mich stark	1	2	3	4	5	6
20. Ich bin zu höflich, um in einem Restaurant ein schlechtes Essen zu beanstanden	1	2	3	4	5	6

	stimmt überhaupt nicht					stimmt voll-kommen
21. Wenn mir der Besuch eines Freundes wirklich ungelegen kommt, kann ich ihm ohne weiteres absagen	1	2	3	4	5	6
22. Es stört mich, wenn mir Leute bei der Arbeit zusehen	1	2	3	4	5	6
23. Ich werde nervös, wenn man mich warten läßt	1	2	3	4	5	6
24. Bei Meinungsverschiedenheiten bin ich immer der erste, der nachgibt	1	2	3	4	5	6
25. Ich habe leicht Schuldgefühle	1	2	3	4	5	6
26. Ich protestiere laut, wenn sich jemand vordrängt	1	2	3	4	5	6
27. Kritik oder Schimpfen verletzten mich sehr	1	2	3	4	5	6
28. Ich finde es schwierig, andere zu loben oder ein Kompliment zu machen	1	2	3	4	5	6
29. Es ist mir äußerst unangenehm, in einer Gesellschaft unpassend gekleidet zu sein ..	1	2	3	4	5	6
30. Ich könnte meinen Eltern nie sagen, daß ich böse auf sie bin	1	2	3	4	5	6
31. Ich bin sehr selbstsicher	1	2	3	4	5	6
32. Es ist mir unangenehm, eine Verkäuferin zu lange in Anspruch zu nehmen	1	2	3	4	5	6
33. Ich neige dazu, eher nachzugeben, als einen Streit anzufangen	1	2	3	4	5	6
34. Wenn ich lächerlich gemacht werde, kann ich überhaupt nichts erwidern	1	2	3	4	5	6
35. Ich habe häufig den Eindruck, irgend jemand beleidigt zu haben	1	2	3	4	5	6
36. Ich habe es gern, wenn man mir genau sagt, was zu tun ist	1	2	3	4	5	6
37. Es ist mir unangenehm, wenn ich jemandem zu Dank verpflichtet bin	1	2	3	4	5	6
38. Ich wage es nie, offen zu sagen, was mir an anderen nicht gefällt	1	2	3	4	5	6
39. Ich bin sehr verlegen, wenn ich im Mittelpunkt des Interesses stehe	1	2	3	4	5	6
40. In Gegenwart von Autoritätspersonen bin ich immer verwirrt	1	2	3	4	5	6
41. Wenn Unstimmigkeiten zwischen einem Freund und mir bestehen, kann ich ihn direkt darauf ansprechen	1	2	3	4	5	6

	stimmt überhaupt nicht					stimmt voll-kommen
42. Mit etwas Alkohol bin ich selbstsicherer ..	1	2	3	4	5	6
43. Eine Gehaltserhöhung zu fordern, ist mir fast unmöglich	1	2	3	4	5	6
44. Ich denke oft darüber nach, welchen Eindruck ich auf andere Leute mache	1	2	3	4	5	6
45. Ich vermeide möglichst unangenehme Auseinandersetzungen, auch wenn sie notwendig wären	1	2	3	4	5	6
46. Wenn mich mein Vorgesetzter zu Unrecht tadelt, kann ich mich immer erfolgreich verteidigen	1	2	3	4	5	6
47. Auch wenn ich einen Freund dringend brauche, würde ich ihn nie spät abends anrufen	1	2	3	4	5	6
48. Bei Vorwürfen reagiere ich häufig mit Trotz	1	2	3	4	5	6
49. Es fällt mir schwer, falsche Rechnungen zu bemängeln	1	2	3	4	5	6
50. Ich lasse meine Entscheidungen leicht wieder von anderen Leuten umwerfen	1	2	3	4	5	6
51. Es fehlt mir sicher an Selbstvertrauen	1	2	3	4	5	6
52. Ich äußere meinen Ärger sofort, wenn ein Freund mich zu Unrecht kritisiert	1	2	3	4	5	6
53. Wenn jemand meine Arbeit kritisiert, bringe ich gar nichts mehr zustande	1	2	3	4	5	6
54. Ich bin ganz auf die Liebe und Zuneigung anderer Menschen angewiesen	1	2	3	4	5	6
55. Einem sehr zuvorkommenden Verkäufer nehme ich immer etwas ab	1	2	3	4	5	6
56. Ich kann immer eine angemessene Bezahlung für meine Arbeit fordern	1	2	3	4	5	6
57. Ich bin gewöhnlich still "um des lieben Friedens willen"	1	2	3	4	5	6
58. Es ist mir unangenehm, Freunde um einen Gefallen zu bitten	1	2	3	4	5	6
59. Ich möchte selbst einen engen Freund nicht mit meinen persönlichen Problemen belasten	1	2	3	4	5	6
60. Ich habe oft Angst, lächerlich zu wirken ...	1	2	3	4	5	6
61. Ich würde mich in einem Restaurant nie beim Geschäftsführer beschweren	1	2	3	4	5	6
62. Ich kann meinen Willen selbst dann durchsetzen, wenn ich dadurch meine Familie kränken könnte	1	2	3	4	5	6
63. Wenn ich zu wenig Wechselgeld bekommen habe, lasse ich es dabei bewenden	1	2	3	4	5	6

	stimmt überhaupt nicht					stimmt voll-kommen
64. Ich wage es kaum, eigene Wünsche zu äußern	1	2	3	4	5	6
65. Ich fühle mich sehr schnell hilflos	1	2	3	4	5	6
66. In Gegenwart des anderen Geschlechts bin ich immer schüchtern	1	2	3	4	5	6
67. Ich habe leicht das Gefühl zu versagen ...	1	2	3	4	5	6
68. Ich habe ständig Angst, daß ich etwas Falsches sagen oder tun könnte	1	2	3	4	5	6
69. Meine Forderungen kann ich leicht durchsetzen	1	2	3	4	5	6
70. Es ist mir peinlich, wenn mir andere ihre Hilfe anbieten	1	2	3	4	5	6
71. Wenn mein Chef sich in meinem Arbeitsraum aufhält, fühle ich mich befangen	1	2	3	4	5	6
72. Es macht mir nichts aus, in einem Restaurant laut nach dem Ober zu rufen ...	1	2	3	4	5	6
73. Wenn ich einem Bettler nichts gebe, habe ich Schuldgefühle	1	2	3	4	5	6
74. Es ist mir äußerst peinlich, bei einer Veranstaltung zu spät zu kommen	1	2	3	4	5	6
75. Ich verwehre mich dagegen, daß meine Familie sich in Dinge einmischt, die allein mich angehen	1	2	3	4	5	6
76. Ich bin fast übertrieben höflich gegenüber Höhergestellten	1	2	3	4	5	6
77. Es fällt mir schwer, jemanden zu sagen, daß ich ihn mag	1	2	3	4	5	6
78. Ich versuche fast immer, meine Gefühle zu verbergen	1	2	3	4	5	6
79. Mit einer fremden Person zu tanzen, ist mir unangenehm	1	2	3	4	5	6
80. Ich vermeide immer, etwas zu sagen, was die Gefühle des anderen verletzten könnte	1	2	3	4	5	6
81. Einem armen Hausierer kaufe ich immer etwas ab	1	2	3	4	5	6
82. Es ist mir unmöglich, mit Menschen, die mir nahestehen, zu streiten	1	2	3	4	5	6
83. Ich werde immer verlegen, wenn ich ein Kompliment bekomme	1	2	3	4	5	6
84. Ich bin mit meiner Leistung voll und ganz zufrieden	1	2	3	4	5	6

Emotionalitäts-Inventar (E M I - A_1)

Name: ..... Datum: ..... Lfd.Nr.:....

Bitte geben Sie auf dieser Liste Ihren momentanen Gefühlszustand an. Machen Sie einen Kreis um die betreffende Zahl. Dabei bedeuten die Zahlen folgendes:

1 = sehr 2 = etwas 3 = wenig BITTE: Nur einen
4 = wenig 5 = etwas 6 = sehr Kreis in jeder Zeile!!

Bitte arbeiten Sie schnell und lassen Sie nichts aus!

Ich fühle mich jetzt:

1. gespannt	1	2	3	4	5	6	entspannt
2. locker	1	2	3	4	5	6	steif
3. starr	1	2	3	4	5	6	gelöst
4. zittrig	1	2	3	4	5	6	nicht zittrig
5. ruhig	1	2	3	4	5	6	zappelig
6. gelöst	1	2	3	4	5	6	verkrampft
7. antriebsarm	1	2	3	4	5	6	angetrieben
8. völlig ausgeglichen	1	2	3	4	5	6	zum Aufspringen
9. federnd gespannt	1	2	3	4	5	6	angenehm schwer
10. explosiv	1	2	3	4	5	6	bequem
11. gehemmt	1	2	3	4	5	6	frei
12. verschlossen	1	2	3	4	5	6	offen
13. unsicher	1	2	3	4	5	6	sicher
14. zögernd	1	2	3	4	5	6	spontan
15. schüchtern	1	2	3	4	5	6	selbstbewußt
16. draufgängerisch	1	2	3	4	5	6	zurückhaltend
17. entscheidungsfreudig	1	2	3	4	5	6	abwägend
18. unbefangen	1	2	3	4	5	6	befangen
19. vorsichtig	1	2	3	4	5	6	risikobereit
20. klar	1	2	3	4	5	6	blockiert
21. unruhig	1	2	3	4	5	6	ruhig
22. ausgeglichen	1	2	3	4	5	6	nervös
23. stabil	1	2	3	4	5	6	labil
24. Herzjagen	1	2	3	4	5	6	Herzruhe
25. hektisch	1	2	3	4	5	6	still
26. frösteln	1	2	3	4	5	6	wohlig warm
27. durcheinander	1	2	3	4	5	6	regelmäßig
28. bequem	1	2	3	4	5	6	unbequem
29. wohl	1	2	3	4	5	6	unwohl
30. überempfindlich	1	2	3	4	5	6	unempfindlich
31. kraftlos	1	2	3	4	5	6	kräftig
32. unternehmungslustig	1	2	3	4	5	6	erschöpft
33. tatendurstig	1	2	3	4	5	6	untätig
34. quicklebendig	1	2	3	4	5	6	erschlagen
35. todmüde	1	2	3	4	5	6	hellwach
36. passiv	1	2	3	4	5	6	aktiv
37. frisch	1	2	3	4	5	6	matt
38. träge	1	2	3	4	5	6	energievoll
39. munter	1	2	3	4	5	6	schlaff
40. schläfrig	1	2	3	4	5	6	dynamisch

41. friedlich	1	2	3	4	5	6	aggressiv
42. sanft	1	2	3	4	5	6	zornig
43. nachgiebig	1	2	3	4	5	6	trotzig
44. gelassen	1	2	3	4	5	6	wütend
45. gereizt	1	2	3	4	5	6	ausgeglichen
46. brav	1	2	3	4	5	6	böse
47. feindlich	1	2	3	4	5	6	versöhnlich
48. bissig	1	2	3	4	5	6	friedfertig
49. kompromißbereit	1	2	3	4	5	6	kämpferisch
50. giftig	1	2	3	4	5	6	neutral
51. furchtsam	1	2	3	4	5	6	furchtlos
52. vertraut	1	2	3	4	5	6	unheimlich
53. ausgeliefert	1	2	3	4	5	6	geschützt
54. umsorgt	1	2	3	4	5	6	verlassen
55. hilflos	1	2	3	4	5	6	souverän
56. bedroht	1	2	3	4	5	6	geborgen
57. todesängstlich	1	2	3	4	5	6	neutral
58. geordnet	1	2	3	4	5	6	chaotisch
59. unbeachtet	1	2	3	4	5	6	beachtet
60. geliebt	1	2	3	4	5	6	abgewiesen
61. heiter	1	2	3	4	5	6	deprimiert
62. froh	1	2	3	4	5	6	bedrückt
63. fröhlich	1	2	3	4	5	6	traurig
64. lebensmüde	1	2	3	4	5	6	lebensbejahend
65. pessimistisch	1	2	3	4	5	6	optimistisch
66. hoffnungsvoll	1	2	3	4	5	6	resignierend
67. freudig	1	2	3	4	5	6	weinerlich
68. zufrieden	1	2	3	4	5	6	unzufrieden
69. betrübt	1	2	3	4	5	6	beschwingt
70. nicht benötigt	1	2	3	4	5	6	benötigt

SAV (Skala soziale Angst und Vermeidung)

Name: ..... Datum: ..... Lfd.Nr.:....

1. Ich fühle mich auch in vertrauten sozialen Situationen entspannt.....	Ja	Nein
2. Ich versuche, Situationen zu vermeiden, die von mir verlangen, gesellig zu sein	Ja	Nein
3. Es fällt mir leicht, mich in Gegenwart fremder Leute zu entspannen	Ja	Nein
4. Ich habe kein besonderes Bedürfnis, Menschen aus dem Wege zu gehen	Ja	Nein
5. Gesellschaftliche Veranstaltungen bringen mich oft aus der Fassung	Ja	Nein
6. Bei gesellschaftlichen Anlässen fühle ich mich meist ruhig und gelassen	Ja	Nein
7. Ich fühle mich meist wohl, wenn ich mit einer Person des anderen Geschlechts rede	Ja	Nein
8. Ich versuche, möglichst nicht mit Personen zu reden, die ich nicht gut kenne	Ja	Nein
9. Wenn sich einem Gelegenheit bietet, neue Menschen kennenzulernen, nehme ich sie oft wahr	Ja	Nein
10. Bei einem zwanglosen Zusammensein von Männern und Frauen bin ich nervös und angespannt ...	Ja	Nein
11. Gewöhnlich bin ich Leuten gegenüber nervös, wenn ich sie nicht gut kenne	Ja	Nein
12. Ich bin gewöhnlich entspannt, wenn ich mit einer Gruppe von Leuten zusammen bin	Ja	Nein
13. Ich möchte mich oft von Menschen entfernen .	Ja	Nein
14. Ich fühle mich meist unwohl in einer Gruppe Menschen, die ich nicht kenne	Ja	Nein
15. Wenn ich jemanden zum ersten Mal treffe, bin ich meist entspannt	Ja	Nein
16. Wenn man mich jemandem vorstellt, werde ich verwirrt und nervös	Ja	Nein
17. Ich kann ohne weiteres ein Zimmer voller fremder Menschen betreten	Ja	Nein
18. Ich vermeide es gewöhnlich, auf eine große Personengruppe zuzugehen und mich ihr anzuschließen	Ja	Nein
19. Wenn meine Vorgesetzten mit mir plaudern wollen, so tue ich das gerne	Ja	Nein
20. In einer Gruppe von Leuten bin ich oft gereizt	Ja	Nein

21. Ich neige dazu, mich vor Leuten zurückzuziehen ..... Ja Nein
22. Es macht mir nichts aus, auf Parties oder sozialen Zusammenkünften mit Leuten zu reden ..... Ja Nein
23. In einer großen Menschengruppe fühle ich mich selten wohl ..... Ja Nein
24. Ich erfinde oft Entschuldigungen, um soziale Konflikte zu vermeiden ..... Ja Nein
25. Ich stelle manchmal andere Leute einander vor ..... Ja Nein
26. Ich versuche, formellen sozialen Anlässen aus dem Wege zu gehen ..... Ja Nein
27. Ich beteilige mich meist an allen möglichen sozialen Aktivitäten ..... Ja Nein
28. Es fällt mir schwer, mich unter anderen Menschen entspannt zu fühlen ..... Ja Nein

A N B (Watson & Friend)

1. Es kümmert mich kaum, wenn ich anderen dumm erscheine ..... Ja Nein
2. Ich frage mich, was andere Leute von mir halten, auch dann, wenn ich weiß, daß das nichts ändert ..... Ja Nein
3. Ich werde nervös und angespannt, wenn ich weiß, daß mich jemand beurteilt ..... Ja Nein
4. Es betrifft mich nicht, wenn ich weiß, daß sich jemand ein ungünstiges Bild von mir macht ..... Ja Nein
5. Ich bin sehr betroffen, wenn ich einen fauxpas begehe ..... Ja Nein
6. Die Meinung, die wichtige Leute von mir haben, beschäftigt mich kaum ..... Ja Nein
7. Ich bin oft besorgt, daß ich lächerlich aussehen oder dumm wirken könnte ..... Ja Nein
8. Ich reagiere kaum darauf, daß einige Leute mich nicht leiden können ..... Ja Nein
9. Ich habe häufig Angst, daß andere meine Fehler bemerken ..... Ja Nein
10. Die Mißbilligung anderer hätte kaum eine Auswirkung auf mich ..... Ja Nein

11. Wenn mich jemand beurteilt, erwarte ich das Schlimmste ..... Ja Nein

12. Ich sorge mich kaum darum, welchen Eindruck ich auf jemanden mache ..... Ja Nein

13. Es kümmert mich, wenn andere mich nicht akzeptieren ..... Ja Nein

14. Es kümmert mich, wenn andere mir etwas aussetzen könnten ..... Ja Nein

15. Die Meinung, die andere von mir haben, kümmert mich nicht ..... Ja Nein

16. Ich bin nicht unbedingt nervös, wenn ich jemandem nicht gefalle ..... Ja Nein

17. Wenn ich mit anderen rede, bin ich besorgt darüber, was Sie über mich denken ..... Ja Nein

18. Ich frage mich meist, was für einen Eindruck ich mache ..... Ja Nein

19. Ich glaube, daß sich soziale Ungeschicklichkeiten manchmal nicht vermeiden lassen. Warum sich darüber aufregen?..... Ja Nein

20. Es kümmert mich ziemlich stark, was meine Vorgesetzten von mir halten ..... Ja Nein

21. Wenn mich jemand beurteilt, so hat das keine Auswirkungen auf mich ..... Ja Nein

22. Ich bin besorgt, daß andere denken könnten, daß ich nichts tauge ..... Ja Nein

23. Ich bin überhaupt nicht besorgt darüber, was andere von mir halten ..... Ja Nein

24. Manchmal denke ich, daß ich mich zu sehr damit beschäftige, was andere über mich denken ..... Ja Nein

25. Ich frage mich oft, ob ich nichts Falsches sagen oder tun werde ..... Ja Nein

26. Es ist mir oft gleichgültig, welche Meinung andere über mich haben ..... Ja Nein

27. Meist vertraue ich darauf, daß andere einen guten Eindruck von mir haben ..... Ja Nein

28. Es bekümmert mich oft, daß Personen, die mir wichtig sind, nicht viel von mir halten Ja Nein

29. Ich grüble, was für eine Meinung meine Freunde von mir haben ..... Ja Nein

30. Ich werde nervös und zittrig, wenn ich weiß, daß gerade von Vorgesetzten ich beurteilt werde ..... Ja Nein

Zur Auswertung von den Fragebogen U und EMI, SAV-ANB

U = Unsicherheitsfragebogen

Faktor 1: generelle Unsicherheit - G-Faktor, 20 Items

Items: 1-, 14, 26-, 31-, 39, 43, 46-, 50, 51, 56-, 60, 65, 66, 67, 68, 69-, 71, 77, 83, 84-.

Faktor 2: Angst vor Kritik und öffentlichen Fehlschlägen, 14 Items

Items: 13, 16, 19, 22, 23, 27, 40, 44, 48, 53, 60, 67, 68, 71.

Faktor 3: Angst "nein" zu sagen bei unberechtigten Forderungen, 11 I.

Items: 8, 11, 24, 30, 33, 38, 45, 57, 76, 80, 82.

Faktor 4: Kontakt-Angst, 15 Items

Items: 2, 10, 17, 28, 37, 47, 58, 59, 64, 66, 70, 77, 78, 79, 83.

Faktor 5: Angst zu fordern und sich durchzusetzen, 8 Items

Items: 3-, 4, 6, 7-, 41-, 46-, 52-, 75-.

Faktor 6: Schuldgefühle bei assert. Reaktionen, 9 Items

Items: 18, 25, 35, 49, 54, 55, 63, 73, 81.

Faktor 7: Übertriebene Rücksichtnahme und Höflichkeit, 8 Items

Items: 15-, 20, 29, 61, 62-, 72-, 74, 21-.

Auswertung:

$$\text{Endwert} = \frac{\text{Summe d. Faktors - N.d. Items f.Fakt.}}{\text{N der Items des Faktors}} \times 20$$

Dadurch kommen alle Faktoren auf die Einheitsskala 0 - 100

EMI - Emotionalitätsinventar

Faktor 1: Motorische Angst, Item 1 - 10

Faktor 2: Hemmung, Item 11 - 20

Faktor 3: Vegetative Angst und Labilität, Item 21 - 30

Faktor 4: Erschöpfung, Item 31 -40

Faktor 5: Aggression, Item 41 -50

Faktor 6: Psychisch erlebte Hilflosigkeit, Items 51 -60

Faktor 7: Depression, Items 61 -70

Auswertung:

Endwert = (Summe Faktor minus 10)

Dadurch Skala von 0 - 50

Beim EMI müssen folgende Items umgedreht bewertet werden (wie beim U wird Skala 1 - 6 durch 6 - 1 ersetzt!!):

1, 3, 4, 9 bis 15 incl. 19, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 35, 36, 38, 40, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 64, 65, 70.

SAV und ANB werden einfach aufsummiert.

Verhaltenstest-Beurteiler-Ausfüllbogen

Name d. Raters: ..... Datum: .....

Rollenspiel - Code - Nr.:	
Räuml. Distanz	
Körperhaltung	
Mimik (Gesicht)	
Gestik (Hände)	
Blick-Kontakt	
Lautstärke	
Ausdruck d. Stimme	
Inhalt: Läßt sich ablenken - besteht darauf	
Bittet um Verständnis - fordert	
indirekt-allg. Form - ICH verlange	
Aggressivität (übertriebener Aufwand)	
Selbstsicherheit (allg. Eindruck)	

-5 -4 -3 -2 -1 +1 +2 +3 +4 +5

0 kommt nicht vor!!

Mittelwerte und Streuung der Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse wollen wir nicht der Gliederung unserer Effektivitätsbereiche folgen, wie sie in Kapitel 3.1. abgeleitet wurden, sondern vielmehr die Fragebogen vollständig, mit allen Unterskalen darstellen. Es ergibt sich folgende Reihenfolge:

- Unsicherheitsfragebogen (U - 1 bis U - 7)
- Eysenck-Persönlichkeits-Inventar, EPI (Neurotizismus und Extraversion)
- Soziale Angst und Vermeidung, SAV
- Angst vor negativer Bewertung, ANB
- Emotionalitäts-Inventar (EMI - 1 bis EMI - 7)
- Situationsangst
- Selbstunzufriedenheit
- Selbstbewertung
- Verhaltensmaße

Im Folgenden bedeuten:

EG 1: Verhaltenstraining
EG 2: Kombinationstraining
KG : Warteliste-Kontrollgruppe

Die angegebenen Normalwerte beziehen sich auf die in Kapitel 3.4.2. beschriebene Erhebung in Detmold.

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s

Unsicherheitsfragebogen

U - 1 (generelle Unsicherheit)

1. Rohwerte:

EG 1	61.14	15.81	47.14	2o.24	53.87	2o.85
EG 2	6o.oo	15.88	34.16	18.6o	38.47	18.44
KG	67.25	13.91	61.44	16.89		

2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)

Sie sind bei der Unterskala U - 1 identisch mit den Rohwerten.

Normalwert: 45.46

U - 2 (Kritik- und Fehlschlag-Angst)

1. Rohwerte:

EG 1	4o.62	1o.32	34.43	12.85	39.87	16.5o
EG 2	42.39	11.o1	23.89	12.42	25.74	14.19
KG	44.22	9.99	39.84	12.18		

2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)

EG 1	58.o1	49.17	56.94
EG 2	6o.56	34.11	36.71
KG	63.16	56.91	

Normalwert: 44.94

U - 3 (Nicht "nein" sagen können)

1. Rohwerte:

EG 1	32.48	5.31	26.oo	8.68	27.87	9.28
EG 2	29.44	9.3o	17.72	1o.o3	16.88	8.51
KG	31.56	7.o3	29.78	9.48		

2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)

EG 1	59.o4	47.27	5o.65
EG 2	53.53	32.22	3o.61
KG	57.38	54.15	

Normalwert: 37.13

U - 4 (Kontakt-Angst)

1. Rohwerte:

EG 1	34.67	13.11	25.62	11.77	28.87	16.53
EG 2	35.17	12.34	18.5o	13.58	21.41	12.42
KG	39.91	13.27	34.47	13.34		

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
U - 4 (Forts.)						
2. Transformierte Enwerte (Skala 1 - 1oo)						
EG 1	46.21		34.15		38.48	
EG 2	46.89		24.67		28.55	
KG	53.2o		45.95			
Normalwert: 33.36						
U - 5 (Angst zu fordern)						
1. Rohwerte:						
EG 1	19.91	3.99	17.o5	7.38	17.13	5.46
EG 2	2o.44	5.7o	12.28	4.57	12.77	7.42
KG	2o.88	6.o6	2o.63	5.o8		
2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)						
EG 1	49.75		42.6o		42.83	
EG 2	51.11		3o.68		31.9o	
KG	52.16		51.55			
Normalwert: 36.98						
U - 6 (Schuldgefühle bei selbstsicheren Reaktionen)						
1. Rohwerte:						
EG 1	19.67	5.83	17.24	8.65	15.93	9.73
EG 2	18.o6	6.45	9.o6	5.77	9.47	5.68
KG	18.31	6.93	18.63	6.85		
2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)						
EG 1	43.69		38.29		35.4o	
EG 2	4o.12		2o.11		21.o4	
KG	4o.69		41.38			
Normalwert: 35.o4						
U - 7 (Übertriebene Rücksichtnahme und Normabhängigkeit)						
1. Rohwerte:						
EG 1	24.oo	6.56	17.29	7.19	2o.73	6.19
EG 2	23.28	7.93	13.33	5.96	13.94	5.7o
KG	24.16	6.o9	24.31	8.o8		
2. Transformierte Endwerte (Skala 1 - 1oo)						
EG 1	6o.oo		43.2o		51.83	
EG 2	58.19		33.33		34.85	
KG	6o.38		6o.75			
Normalwert: 46.2o						

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
EPI (Eysenck-Persönlichkeits-Inventar)						
Neurotizismus						
EG 1	15.09	3.97	13.33	4.91	11.13	5.42
EG 2	13.06	4.05	9.94	5.32	9.00	4.85
KG	12.25	4.03	12.00	3.97		
Extraversion						
EG 1	7.95	4.08	9.67	4.91	10.00	4.85
EG 2	10.39	4.37	13.83	4.59	12.82	3.11
Kg	8.44	4.03	8.78	3.97		
SAV (Soziale Angst und Vermeidung)						
EG 1	17.71	7.21	12.67	8.21	11.33	6.95
EG 2	17.17	7.33	8.11	6.05	8.88	7.77
KG	16.91	6.53	14.47	7.81		
ANB (Angst vor negativer Bewertung)						
EG 1	22.24	5.50	16.62	7.75	18.47	7.54
EG 2	23.22	5.85	14.28	7.79	12.59	7.58
KG	21.19	6.89	20.25	6.96		
EMI (Emotionalitäts-Inventar)						
Skala auf 0-50 transformiert						
EMI - 1 (Angst auf der motorischen Ebene)						
EG 1	24.57	7.91	17.33	6.40	16.67	6.91
EG 2	22.94	7.50	15.78	7.05	13.77	9.06
KG	25.38	7.19	21.13	6.48		
Normalwert:	22.04					
EMI - 2 (Hemmung)						
EG 1	28.52	9.03	17.67	8.86	20.13	7.24
EG 2	26.56	8.28	11.44	6.84	15.18	8.15
KG	28.75	7.84	25.41	7.20		
Normalwert:	25.72					
EMI - 3 (Vegetative Angst und Labilität)						
EG 1	24.71	8.64	16.05	8.45	15.13	9.27
EG 2	19.44	9.08	12.06	8.74	11.83	9.84
KG	23.88	7.22	21.66	7.86		
Normalwert:	23.57					

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
EMI - 4 (Erschöpfung)						
EG 1	29.1o	9.93	18.43	9.1o	2o.6o	6.97
EG 2	24.39	9.48	14.22	7.82	15.41	11.63
KG	27.34	8.o2	23.22	8.41		
Normalwert:	19.63					
EMI - 5 (Aggressivität)						
EG 1	17.52	9.47	14.oo	9.94	14.33	7.98
EG 2	17.o6	6.17	13.22	7.92	15.35	7.65
KG	17.75	9.o1	17.25	8.52		
Normalwert:	15.84					
EMI - 6 (Psychische Angst - Hilflosigkeit)						
EG 1	22.33	7.7o	15.48	9.38	15.2o	9.57
EG 2	21.44	7.64	11.61	7.2o	14.24	8.42
KG	21.41	5.16	2o.75	6.98		
Normalwert:	18.o4					
EMI - 7 (Depressivität)						
EG 1	24.o5	9.47	16.14	9.31	15.o7	8.63
EG 2	21.5o	9.33	12.56	8.42	13.71	9.55
KG	21.o6	8.18	2o.97	9.16		
Normalwert:	17.26					
Situationsangst (1 - 1o)						
EG 1	4.19	1.12	2.9o	o.99	2.91	1.25
EG 2	4.25	1.18	2.31	1.o2	2.29	o.87
KG	3.99	1.28	4.o2	1.55		
Selbstunzufriedenheit						
1. Selbstunzufriedenheit für generelle Selbstsicherheit						
EG 1	41.52	14.39	24.o4	13.88	28.46	17.96
EG 2	37.55	17.7o	14.35	16.24	16.16	11.66
KG	32.o9	15.27	34.45	14.49		
2. Selbstunzufriedenheit für Fähigkeit zu fordern						
EG 1	46.23	17.14	24.52	19.o8	33.93	22.2o
EG 2	43.95	21.57	21.52	17.31	13.55	19.o9
KG	41.55	19.91	44.18	16.72		

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Selbstbewertungssumme (-25 bis +25)						
EG 1	-2.8o	6.94	14.7o	7.2o	12.oo	7.14
EG 2	-o.8o	6.58	18.9o	6.43	15.1o	6.84
KG	-3.2o	8.8o	9.9o	8.7o		
Verhaltenseinschätzungen						
1. **Quantitative Maße**						
Häufigkeit des Wörtchens "Ich"						
EG 1	7.o5	2.92	8.62	3.76	7.33	2.37
EG 2	7.o6	3.35	9.83	5.29	9.82	2.78
KG	5.31	3.1o	7.o3	3.o5		
Prozentanteil des Blick-Kontaktes (maximal loo Prozent)						
EG 1	44.76	23.4o	51.57	21.53	67.57	11.68
EG 2	31.29	16.83	71.97	24.21	79.43	9.99
KG	37.5o	19.89	4o.oo	21.52		
2. **Qualitative Einschätzungen** (von -5 bis +5)						
Allgemeiner Eindruck der Selbstsicherheit						
EG 1	-o.96	o.95	o.57	1.98	o.96	1.36
EG 2	-1.o9	o.98	o.61	1.84	2.o3	1.18
KG	-o.54	o.76	-o.48	1.73		
Körperhaltung						
EG 1	-o.7o	o.52	o.o9	o.59	o.26	o.51
EG 2	-o.73	o.46	o.64	o.5o	1.o1	o.42
KG	-o.82	o.56	-o.39	o.5o		
Mimik						
EG 1	o.o9	1.39	o.99	1.7o	o.56	1.17
EG 2	-o.3o	1.1o	1.19	1.13	1.15	1.o3
KG	-o.51	1.48	o.18	1.75		
Gestik						
EG 1	-1.24	1.67	-o.19	2.1o	-o.62	1.79
EG 2	-1.21	1.5o	o.4o	1.4o	o.29	1.93
KG	-1.o4	1.94	-o.85	1.79		

	Vortest		Nachtest		Nachkontrolle	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Qualität des Blick-Kontaktes						
EG 1	o.48	1.81	1.61	1.6o	1.78	1.11
EG 2	o.77	1.49	1.98	1.11	2.22	1.o8
KG	o.47	1.85	o.84	1.98		
Lautstärke und Klarheit der Stimme						
EG 1	o.2o	1.79	1.52	1.44	1.53	o.89
EG 2	o.57	1.66	1.59	1.62	1.97	o.96
KG	o.43	1.39	1.16	1.33		
Ausdruck und Dynamik der Stimme						
EG 1	-o.14	1.88	o.75	2.oo	o.73	1.28
EG 2	-o.3o	2.26	o.97	2.o1	1.76	1.48
KG	o.oo	2.13	o.33	1.95		
Inhalt 1 (Konzept durchhalten vs. sich ablenken lassen)						
EG 1	o.81	1.91	1.33	1.83	1.92	1.o6
EG 2	-o.28	2.61	1.8o	1.93	2.68	1.15
KG	1.15	2.41	o.79	2.24		
Inhalt 2 (Fordern vs. Betteln)						
EG 1	-o.28	2.15	o.66	1.72	1.5o	1.35
EG 2	-o.57	2.67	1.18	1.57	2.4o	1.o8
KG	o.45	2.32	o.3o	2.27		
Inhalt 3 (Direkte vs. indirekte Formulierung)						
EG 1	-o.o8	1.65	o.71	1.59	1.69	o.81
EG 2	o.o3	1.84	o.82	1.62	2.41	o.79
KG	o.77	1.71	o.69	1.57		

Lebenslauf :

Am 19. Februar 1948 wurde ich in Lindau im Bodensee geboren. Mein Vater war Lehrer, meine Mutter Jugendleiterin.

Ab 1954 besuchte ich die Volksschule in Wasserburg am Bodensee und legte 1967 die Reifeprüfung im humanistischen Gymnasium in Lindau ab.

Im selben Jahr begann ich mit dem Studium der Psychologie in München, wobei ich als Nebenfächer Soziologie und Philosophie belegte.

Nach dem Vordiplom spezialisierte ich mich auf den Bereich klinische Psychologie mit dem besonderen Schwerpunkt Verhaltensmodifikation.

Neben meinem Studium arbeitete ich über ein Jahr bei Dr.K.H.Mandel in einer Eheberatunsstelle und ein knappes Jahr im Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, wo ich unter anderem von Dr.R.Ullrich und Dr.R.Ullrich de Muynck supervisiert wurde und eine systematische Einweisung in verhaltenstherapeutische Gruppentherapie erhielt.

Nach dem Abschluß meines Studiums im Herbst 1972 ging ich für ein Jahr in die USA, um eine weitere Spezialausbildung in Verhaltenstherapie und benachbarten Gebieten zu erhalten. Ein halbes Jahr studierte ich bei Professor F.H.Kanfer, ein halbes Jahr bei Professor A.A.Lazarus. Neben längeren Tätigkeiten in einer Kinderklinik, einer Krisen-Interventions-Stelle für Jugendliche (eine Art "free clinic") und einer "psychological clinic", nahm ich an Forschungsprojekten teil und erhielt eine umfangreiche Praxisausbildung mit Supervision von folgenden Therapeuten: Dr.F.H.Kanfer, Dr.P.Karoly, Dr.M.Foreman,Dr.A.A.Lazarus, Dr.G.T.Wilson,

Dr.C.Franks,Dr.D.Susskind, Dr.P.Nathan und Dr. P.Lehrer.

Seit Februar 1974 arbeite ich als Verwalter einer wissenschaftlichen Assistentenstelle in der klinischen Abteilung des psychologischen Institutes der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Seit Oktober 1975 bin ich Vorstandsmitglied der GVT (Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie).

Zu besonderem Dank für ihre Unterstützung bei meinem wissenschaftlichen und therapeutischen Werdegang bin ich Dr.K.H. und A.Mandel, Dr.R.Ullrich und Dr.R.Ullrich de Muynck, Dr.F.H.Kanfer, Dr.A.A.Lazarus und meinen anderen Lehrern in den USA verpflichtet.

Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle Frau Dr. L.Kemmler für die großzügige Unterstützung der Studie sowie für ihre wertvollen Anregungen und Rückmeldungen danken.